



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Grados de Coordinación y Comunicación como dimensiones del Rol interdependiente de enfermería en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Tercer Nivel de atención de Manizales

Sandra Yolima Gómez Otálvaro

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Programa de Maestría en Enfermería

Bogotá D.C., 2014

Grados de Coordinación y Comunicación como dimensiones del Rol interdependiente de enfermería en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Tercer nivel de atención de Manizales

Sandra Yolima Gómez Otálvaro

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magíster en Enfermería con énfasis en Gerencia en Servicios de Salud

Directoras:

Yolanda Vega Vega

Años 2011-2013

Gloria Lucia Arango Bayer

Año 2014

Línea de Investigación:

Gerencia en Salud y Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Programa de Maestría en Enfermería

Bogotá D.C., 2014

Dedicatoria

A Dios.

*Por haberme permitido llegar hasta este punto y
dado salud para lograr mis objetivos.*

A mi hija.

*Por las innumerables horas de juego a solas,
esperando pasivamente la culminación de esta meta;
por tí es mi visión de ser cada día mejor y mi misión
es darte ejemplo de lucha y perseverancia para
lograrlo.*

A mi asesora Yolanda Vega Vega.

*Por su infinita paciencia y consideración en más de
una ocasión en que los obstáculos se hicieron
presentes en la realización de este sueño.*

A mi asesora Gloria Lucia Arango Bayer

*Por estar presente en mi último aliento, su lucidez y
apoyo fueron fundamentales para el logro de la
meta.*

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo, determinar los grados de comunicación y coordinación como dimensiones del rol interdependiente de enfermería que laboran en las unidades de hospitalización en tres Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS de tercer nivel de atención de la ciudad de Manizales. Para este fin se realizó un estudio descriptivo transversal, en el que se encuestaron 38 profesionales de enfermería, previa verificación de cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos que respondieron el instrumento desarrollado por Shortell y cols, denominado "Cuestionario ICU: Nursing Physician Questionnaire, validado en el contexto colombiano con un alfa de Cronbach de 0.92, para la comunicación y 0.82 para la coordinación, utilizado para medir variables que afecten las relaciones entre el grupo de enfermero/as y entre estas y otros grupos de profesionales.

Los datos fueron sistematizados en una base de datos diseñada en el programa Excel 2007, que luego se exportó para el análisis al programa SPSS (Statistical Package for social Sciences®) para Windows. En este estudio no se hace intervención intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron, respetando los principios éticos descritos para este tipo de investigación.

En el componente de la comunicación se resalta que el 81% del grupo de enfermeras/os se siente satisfecho con la comunicación entre estas, los pacientes y sus familias, aspecto descrito como positivo para el logro de resultados efectivos en la evolución del paciente. El 84% de los respondientes manifiesta estar bien informado en los diferentes turnos. De otra parte, se encontraron porcentajes bajos 68% en la franqueza y exactitud de la información en la relación enfermero/a-médico.

Con respecto a la escala de coordinación, los resultados muestran que hay heterogeneidad en las respuestas; la efectividad de las estrategias evaluadas como mecanismos que favorecen la coordinación está en niveles muy bajos y hasta casi nulos tanto a nivel formal como informal.

Los hallazgos permiten concluir que a pesar de encontrarse satisfacción en la comunicación entre el grupo de enfermeros/as y sus pacientes, esta misma debe mejorar en cuanto la exactitud entre enfermeros y médicos.

Palabras clave: comunicación, coordinación, rol interdependiente, calidad y atención en enfermería.

Abstract. The study aimed to determine the degree of communication and coordination as interdependent dimensions of the role of nurses working in inpatient units in IPS tertiary care in the city of Manizales, for this purpose, a study was made of type whose cross-sectional descriptive observation unit were 38 nurses, who replied to the communication and coordination scales taken as dimensions of the instrument developed by Shortell and Cols, called "Questionnaire ICU: Nursing Physician Questionnaire, validated in the Colombian context with a Cronbach alpha from 0.92 to 0.82 for communication and coordination, used to measure variables that affect the relationship between the group and between nurses and other professional groups.

The data were systematized into a database designed in Excel 2007, then analysis was performed by SPSS (Statistical Package for Social Sciences ®) for Windows, in this study is not intentional intervention of biological physiological, psychological and social rights of individuals involved, respecting ethical principles described for this type of research.

The communication component is highlighted that 81% of the group of nurses / I feel satisfied with the communication among these patients and their families, described as a positive aspect for achieving effective results in patient outcomes. 84% of respondents expressed to be knowledgeable in different shifts. Moreover, lower percentages were found in 68% openness and accuracy of information on nurse / physician relationship a-.

With respect to scale points, the results show that there is heterogeneity in the response; the effectiveness of the strategies evaluated as mechanisms that promote coordination is very low and almost zero both formally and informally.

The findings support the conclusion that despite being satisfied with communication between the group of nurses / as and their patients, the same should improve as the accuracy between nurses and physicians.

Keywords: communication, coordination, interdependent role, quality and nursing care.

Contenido

1. Marco de referencia	177
1.1 Descripción del área problemática	177
1.2 Planteamiento del problema	222
1.3 Objetivos	233
1.3.1 Objetivo General.....	233
1.3.2 Objetivos Específicos.....	233
1.4 Justificación del estudio.....	233
1.5 Definición de términos.....	255
 2. Marco teórico.....	 277
2.1 Modelo de efectividad del rol de enfermería	277
2.1.1 Componente de Estructura	28
2.1.2 Componente de Proceso	28
2.1.3 Componente de Resultados	2929
2.2 Principales propuestas del modelo.....	29.. 29
2.2.1 Relación Estructura y Procesos.	29
2.2.2 Relación Estructura y Resultados.	29
2.2.3 Relación Procesos y Resultados.	29
2.3 Descripción de las escalas de comunicación y coordinación.....	300
2.4 La comunicación y la coordinación.....	311
 3. Marco de diseño	 355
3.1 Tipo de estudio.....	355
3.2 Población	355
3.3 Variables	355
3.3.1 Variables Socio Demográficas	355
3.3.2 Variables del instrumento.	366
3.4 Fuentes de información	366
3.5 Instrumento	366
3.6 Recolección de datos	3939
3.7 Plan de análisis de datos.....	3939
3.8 Prueba piloto	4039
3.9 Medidas para controlar los sesgos	4040
3.10 Aspectos éticos	411
3.11 Tipo de riesgo del estudio	411
3.12 Consentimiento informado.....	411
3.13 Confidencialidad y privacidad en la información suministrada.	422

3.14	Honestidad intelectual.....	422
3.15	Difusión de resultados	422
4.	Resultados	433
4.1	Caracterización de la población	433
4.2	Comunicación entre enfermeras y con otros miembros del equipo en términos de franqueza, exactitud y comunicación en distintos turnos, en términos de entendimiento, oportunidad y satisfacción.	455
4.2.1	Factor franqueza en la comunicación dentro del grupo (Ítems 1, 4, 6 y 9) y entre los grupos (Ítems 12, 15, y 17).....	455
4.2.2	Factor exactitud en la comunicación dentro del grupo (Ítems 2, 5, 8 y 10) y entre los grupos (Ítems 13, 16, y 20).....	477
4.2.3	Factor comunicación dentro del grupo entre distintos turnos (Ítems 3 y 7)	494
4.2.4	Factor entendimiento entre el grupo de enfermeras y médicos (Ítems 11, 14, 18, 22, 24, 25, 27, 28,).....	500
4.2.5	Factor oportunidad en la comunicación (Ítems 21, 23 y 26).....	533
4.2.6	Factor satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación (Ítems 29, 30, y 31).....	544
4.3	Coordinación entre enfermeras y entre los dos grupos según escala de Shortell	55
4.3.1	Factor planes formales y reglas dentro de la unidad (Ítems 32, 33, 34, 37, 38 y 39) y entre las unidades (Ítems 41, 42, 44, 45,47 y 49).....	555
4.3.2	Factor mecanismos de coordinación personales e informales dentro de la unidad (Ítems 35, 36, y 40) y entre las unidades (Ítems 43, 46 y 48).....	577
5.	Discusión.....	595
6.	Conclusiones y recomendaciones	633
6.1	Conclusiones	633
6.2	Recomendaciones	644
	Anexos.....	655
	Bibliografía	777

Lista de Gráficos

Pág.

Gráfico 1. Distribución población estudio Grados de coordinación y Comunicación como dimensiones del Rol interdependiente en enfermero/as, según tiempo de permanencia en la institución en tres IPS de III nivel Manizales.....44

Gráfico 2. Distribución población estudio Grados de Coordinación y Comunicación como dimensiones del rol interdependiente en enfermero/as, según *tiempo de permanencia en el servicio* de hospitalización en tres IPS de III nivel Manizales.....45

Gráfico 3. Escala comunicación. Dimensión 1 y 2. Franqueza en la comunicación dentro del grupo de enfermería y entre los grupos de enfermería y médicos en tres IPS de III Nivel Manizales46

Gráfico 4. Escala comunicación. Dimensión 3 y 4. Exactitud de la comunicación dentro del grupo de enfermería y entre los grupos de enfermería y médicos en tres IPS III Nivel Manizales48

Gráfico 5. Escala comunicación. Dimensión 5. Comunicación dentro del grupo de enfermería entre distintos turnos en tres IPS III Nivel Manizales50

Gráfico 6. Escala comunicación. Dimensión 6. Entendimiento entre el grupo (Enfermeras- médicos) en tres IPS III Nivel Manizales.....52

Gráfico 7. Escala comunicación. Dimensión 7. Comunicación oportuna entre enfermeras y médicos en tres IPS III Nivel de Manizales.....53

Gráfico 8. Escala comunicación. Dimensión 8. Satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación en tres IPS III Nivel Manizales54

Gráfico 9. Escala coordinación. Dimensión 1 y 2. Planes formales y reglas dentro de la unida y entre las unidades de hospitalización en tres IPS de III nivel Manizales..... 56

Gráfico 10. Escala coordinación. Dimensión 3 y 4. Mecanismos de coordinación,
personales e informales dentro de la unidad de hospitalización y entre las unidades en
tres IPS III nivel Manizales.....57

Lista de Tablas

Pág.

Tabla 1. Distribución de la población estudio Grado de Coordinación y Comunicación como dimensiones del rol interdependiente en enfermero/as, según edad en tres IPS III Nivel Manizales.....43

Tabla 2. Distribución de la población del estudio Grados de Coordinación y Comunicación como dimensiones del rol interdependiente en enfermero/as, según tiempo de permanencia en la institución en tres IPS III nivel Manizales.....44

Tabla 3. Distribución de la población del estudio Grado de coordinación y comunicación como dimensiones del rol interdependiente en enfermeras, según tiempo de permanencia en la unidad de hospitalización en tres IPS III nivel Manizales.....44

Introducción

El rol interdependiente, foco de este estudio, son todas aquellas actividades que se realizan parcial o totalmente dependientes de otros miembros del equipo de atención en salud. Irvine y Sidani¹, desarrollaron un modelo de efectividad del rol, cuyo objetivo es identificar e investigar los cuidados de enfermería, haciendo énfasis en el complejo sistema de factores interrelacionados que están presentes en la práctica de la enfermería y que afectan la eficacia en el desempeño de sus funciones; basadas en el modelo de evaluación de la estructura, proceso y resultado como puntos de análisis de la calidad, propuesto por Avedis Donabedian. A partir de ello, las autoras en mención realizaron diversos estudios, que generaron evidencias específicas sobre los roles que desempeñan enfermeras/os a saber: rol independiente, interdependiente y dependiente, tomando estos como elementos del componente de proceso.

La propuesta del modelo en cuanto a la relación entre los componentes de proceso y resultado, se fundamenta en la calidad de la comunicación entre los profesionales de enfermería y la coordinación de los servicios que brindan. El logro de estos dos aspectos aporta a la obtención de resultados positivos en los pacientes, además que estudios preliminares apoyan que la contribución de enfermería a la atención puede ser de alta calidad cuando el rol está claro entre los miembros del equipo, por cuanto esto ayuda a entender el propósito y el valor del mismo, impactando en la atención de los pacientes y facilitando la integración del enfermero/a en el equipo de atención médica.

El modelo de Irvine y Sidani permite demostrar la contribución a la calidad en la atención por parte del profesional en enfermería y fortalecer el componente disciplinar y teórico de la profesión; además, aporta a la investigación de gerencia de los servicios de salud y faculta a las organizaciones para instaurar planes de mejora acordes a los logros de sus objetivos misionales.

Como instrumento, para la evaluación de la comunicación y la coordinación, las autoras toman las escalas de comunicación y coordinación, desarrollada por Shortell y cols, en el “Cuestionario ICU nursing physician questionnaire” y validado en Colombia por Parra y Arango 2008², quienes lo recomiendan como herramienta confiable para la medición del

¹ SIDANI, Souraya y IRVINE, Doran. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. En: Journal of advance Nursing. Vol. 38. No.1. (2002); p. 29-39.

² PARRA, D., ARANGO, G. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol interdependiente de Enfermería. [on line] av.enferm. XXVIII (1):51-62,2010. Disponible en internet: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revis/articulos/xxviii1_6.pdf

rol interdependiente de enfermería, permitiendo no solo reconocer las interrelaciones con los pares y con los médicos, sino además identificar la efectividad en los procesos organizacionales y del cuidado, orientando decisiones que mejoren la práctica del cuidado de enfermería con calidad.

El trabajo se desarrolla abordando en el marco de referencia el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación del estudio; en el marco teórico, se describe el modelo de efectividad del rol y las escalas de comunicación y coordinación; se presenta el tipo de estudio sus componentes y se expone el instrumento, en el marco de diseño.

Dar continuidad a la aplicación del instrumento evaluando las escalas de comunicación y coordinación permite describir el desempeño del enfermero/a en su rol interdependiente y es una oportunidad para proporcionar evidencia empírica requerida para el desarrollo de políticas a nivel de las organizaciones y de los organismos de Dirección del sistema de salud, que promuevan el desarrollo profesional, mejoren la imagen pública de la enfermera y, permitan ofrecer a los pacientes un cuidado de enfermería que aporte efectivamente a los resultados en salud individuales y del sistema.

1.Marco de referencia

1.1 Descripción del área problemática

Dar continuidad, coordinar e integrar la atención en salud, son responsabilidades que comparten las enfermeras con otros miembros del equipo³ siempre en busca de la satisfacción del usuario. Para ello es necesario que las actividades se sincronicen de tal forma que no se produzcan conflictos y el intercambio de la información entre las unidades y los profesionales implicados resuelvan los problemas en el nivel donde se genera la información.⁴

Algunos estudios, muestran resultados negativos que hoy se denominan eventos adversos y que afectan la satisfacción de los pacientes, relacionados en ocasiones a conflictos y problemas de comunicación entre los profesionales y a la falta de trabajo en equipo.^{5 6 7 8}

De otra parte se identifican como factores contribuyentes en las prácticas de colaboración más exitosa, la voluntad de ir más allá del intercambio de información básica en la interacción enfermera/médico y la capacidad de desafiar las distorsiones que surjan en estas relaciones; para ello es necesario que el entorno de la práctica de enfermería sea favorable y así mejore la percepción de su comunicación con los médicos⁹ y la satisfacción en su trabajo, lográndose una mayor comprensión de la información y alcance de objetivos de calidad en la atención.

³ SIDANI, Souraya y IRVINE, Doran. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. En: Journal of advance Nursing. Vol. 38. No.1. (2002); p. 29-39.

⁴ NUÑEZ T. et al. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. En: Gac. Sanit. Vol. 20. No 6 (2006); p. 485-495.

⁵ PAIVA, María Cristina y PAIVA, Sergio Alberto. Eventos Adversos: Análisis de un instrumento de notificación utilizado en la administración de la enfermería. En: Esc. Enferm. USP. Vol. 44. No. 2 (2010); p. 287-294.

⁶ VILLAREAL ELIZABETH. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. En: Salud Uninorte. Vol. 23. No. 1 (2007); p. 112-119

⁶ Ministerio de Sanidad y política Social. La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Madrid .2010.

⁷ WAGNER, Doreen. Errores en el Pabellón Quirúrgico: Cambiando la Práctica Peri operatoria. En: Medwave. Año. 7. No. 5 (2007).

⁸ MANOJLOVICH, M. Linking the practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician communication. Health Policy and Systems. En: Journal of Nursing Scholarship. Fourth Quarter. Vol. 37, No 4 (2005); Health & Medical Complete; p. 369. Citado por PARRA DORA. Validez y confiabilidad de las escalas

Sin embargo, no se dispone de suficiente información que dé cuenta del peso que tiene la coordinación asistencial y la comunicación en el proceso de atención en salud. Se cuenta con estudios aplicados, especialmente, en unidades de salud mental y en unidades de Atención Primaria. Por consiguiente uno de los retos es extender y evaluar su impacto a lo largo del continuo asistencial, específicamente en este caso a unidades de hospitalización¹⁰.

Es justamente en el proceso de atención en donde intervienen varios profesionales y uno de ellos, el enfermero/a, quien interactúa a diario para conseguir logros en la salud con los usuarios. Se considera que trabajar con el grupo interdisciplinario es lo que hace que todo funcione para ello debe informar a médicos, terapeutas, nutricionistas, colegas y auxiliares de enfermería todo lo referente a los pacientes en cuanto a cambios en la evolución y tratamientos que son necesarios para la planeación del cuidado e intervenciones de enfermería.¹¹ Así, el profesional de enfermería realiza diferentes actividades como cuidado directo, cuidado médico delegado, coordinación de servicios, educación e investigación.

Estas actividades se concretan en el cuidado directo o asistencial, el cual está mediado por la relación intersubjetiva y la comunicación,¹² que de ser eficaz ayuda a cada miembro del personal a entender la importancia de su trabajo y su unidad para el resto de la organización, puesto que contribuye al cumplimiento de los objetivos de la misma¹³. Por ejemplo, uno de los profesionales con quien el enfermero/a interactúa más para el logro de resultados es el médico; se ha demostrado que resultados positivos como la disminución de la mortalidad, la duración corta de la estancia y la mayor satisfacción se asocia con la adecuada colaboración entre estos dos miembros del equipo¹⁴. Ésta colaboración ha sido definida como una interacción entre el médico y el enfermero/a que "permite que los conocimientos y habilidades de los profesionales influyan en forma sinérgica en la atención de los pacientes".¹⁵

de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir rol interdependiente de Enfermería. Tesis para optar el título de Magister en Enfermería con énfasis en gerencia de servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008.p.30.

¹⁰ TERRAZA NUNEZ., Op cit. p., 485-495.

¹¹ GUARIN Gladis, et al. El mundo de la enfermera: "uno aquí no se sienta". Contexto de los cuidados. En: Invest Educ Enferm. Vol. 27. No 2. (2009); p. 226-234.

¹² LOPEZ A. Gloria., Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. En: Investigación y Educación en enfermería. Vol. 28. No 1. (2010); p. 43-53.

¹³ ZULAUF, C.A. Systems thinking. American Society for Training and Development, Mar. 1997. p. 1-16.

¹⁴ DOUGHERTY, et al. A review of instruments measuring Nurse-Physician collaboration. En: JONA. Vol. 35, No 5 (2005); p. 244-253. Citado por PARRA, D. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir rol interdependiente en Enfermería. Tesis para optar el título de Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia de servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008. p. 22.

¹⁵ VAZIRINI Sandra. Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. En: American Journal Critical off Care. Vol.14. No 1. (2005); p. 71-77.

Reconocer que aspectos como la coordinación y la comunicación son importantes para garantizar la calidad en la atención exige estudiar más a fondo estas dimensiones y evidenciar si estas afectan particularmente la atención de enfermería y los resultados en los pacientes. Para evaluar tales condiciones se deben utilizar métodos como los enfoques *de evaluación por resultado, evaluación por proceso y evaluación por estructura*¹⁶.

Dentro de este marco de evaluación, en el *resultado*, las características de los sistemas de salud en particular, las condiciones generales de los pacientes y la falta de caracterización de los roles profesionales específicamente el de enfermería, son evidencias que revelan que además de la atención médica hay otros factores que influyen en el logro de estos resultados, por lo tanto al evaluarlos en la atención se da validez a la eficacia y la calidad de la misma y sus consecuencias en la salud de quienes la reciben o dejan de recibirla.

En cuanto a la evaluación por *proceso*, es importante tener en cuenta que este componente puede mostrar que las estimaciones de la calidad son menos estables y definitivas, ello se debe quizás a que el conjunto de actividades que se realiza para la atención tienen diversas dimensiones, valores, normas y formas distintas de hacer por parte de los profesionales, que siendo examinadas con detenimiento permiten describir el rol desde el punto de vista técnico en la conducción de la atención en salud.

Por su parte, en la evaluación por estructura, los aspectos relacionados son características invariantes y permite describir donde tiene lugar el proceso y qué se requiere para obtener el producto dentro del sistema de atención en salud^{17,18}

Entre las dimensiones mencionadas en la medición por procesos se puede incluir algunas características de las organizaciones, entre ellas la coordinación como aspecto importante en la evaluación de la calidad de la atención¹⁹. Donabedian por ejemplo, plantea que la relación interpersonal entre los profesionales, es un vínculo mediante el cual se implementa la atención técnica y de la que depende su éxito²⁰.

Apoyadas en el anterior enfoque para la evaluación de la calidad, Irvine y Sidani desarrollaron un modelo para enfermería que permite desde variables de estructura, proceso y resultado observar la contribución que este profesional realiza a la calidad de la atención; es así como este modelo denominado “Marco conceptual para la evaluación del Rol de la enfermera” representa el complejo sistema de factores interrelacionados que están presentes en la práctica de enfermería, situación que afecta la eficacia en el

¹⁶ DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care Milbank Mem Fund Q 1966; 44: 166-203. En: Calidad Asistencial. Vol. 16. Suplemento No. 1. (2001). S11.

¹⁷ Ibid. S11.

¹⁸ DONABEDIAN, Avedis. La investigación sobre la calidad de la atención médica. Salud Pública Mex 1986;28:324-7. En: Calidad Asistencial. Vol. 16. Suplemento No. 1. (2001). S64.

¹⁹ Ibid. S64.

²⁰ DONABEDIAN Avedis. The quality of care: How can it be assessed? En: Arch Pathol Lab Med. Vol. 266. No.12 (1997).

desempeño de sus funciones.²¹ De igual forma el marco propone una relación entre los componentes, siendo el atributo de proceso el que especifica la forma en que el rol de enfermería es desempeñado. Para las autoras; las enfermeras/os cumplen funciones, independientes, dependientes e interdependientes, siendo estas últimas descritas como aquellas funciones que se asumen con preocupación porque dependen de la responsabilidad de la realización de funciones de otros proveedores de la atención de salud para llevarse a cabo, lo cual implica la coordinación entre los involucrados.²²

Dos estudios no experimentales examinaron las relaciones entre la coordinación de la atención y los resultados en unidades de atención quirúrgica y de enfermería domiciliaria²³. La coordinación y la percepción de la calidad se asocia con la satisfacción en la atención del paciente, como resultado en estas investigaciones apoyan los resultados logrados en el estudio realizado por Irvine y Sidani, donde al estudiar la variable de proceso, los pacientes reportan que el cuidado recibido durante la hospitalización fue bien coordinado.²⁴

En estudios previos a estos, las mismas autoras afirman las hipótesis 10 y 11 del modelo en referencia relacionadas con la observación de la comunicación y la coordinación con calidad en enfermeras demostrando que se logran resultados positivos en los pacientes²⁵. En otros estudios, corroboraron que la buena constitución del grupo de Enfermería contribuye a una percepción de la comunicación más abierta, exacta y oportuna, lo cual se relacionaba con una mejor funcionalidad de los pacientes.²⁶

Otros resultados indicaron que los pacientes que recibieron atención de enfermería especializada, en comparación con los que no, informaron niveles más altos de satisfacción con la atención y resultados positivos en su funcionamiento físico, psicológico y social. Estos hallazgos proporcionan evidencia preliminar que apoya la contribución de enfermería a la atención de alta calidad^{27 28}. Así, cuando el rol está claro entre los miembros del equipo esto ayuda a entender el propósito y el valor del mismo, esto ocurre cuando hay mejoría en la comunicación, impactando en la atención de los

²¹ SIDANI, Souraya; IRVINE, Doran. A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings. En: Journal of Advanced Nursing. Vol. 30. No.1. (1991); p. 58-66.

²² *Ibíd.* p. 58-66

²³ ANDERSON, Mary Ann y HELMS, Lelia. An Assessment of Discharge Planning Models: Communication in Referrals for Home Care. En: Orthopaedic Nursing. Vol. 12. No.4. (1994) p. 41-49.

²⁴ SIDANI, Souraya y IRVINE, Doran. Relationships Between Processes and Outcomes of Nurse Practitioners in Acute Care. An Exploration. En: Journal of Nursing Care Quality. Vol. 25. No.1. (2010); p. 31-38

²⁵ SIDANI, Souraya y IRVINE, Doran. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. En: Journal of advance Nursing. Vol. 38. No.1. (2002); p. 29-39.

²⁶ SIDANI, Souraya y IRVINE, Doran. A theory-driven approach to evaluating quality of nursing care. En: Journal of Nursing Scholarship. First Quarter. Vol. 36. No 1. (2004); p. 60-65.

²⁷ SIDANI, Souraya y PORTER, H. Outcomes of Nurse Practitioner in Acute Care: An Exploration. En: Journal Advance Nursing Practice. Vol. 28. No.1. (2006)

²⁸ SPENCE, Heather y HILLIS, McGillis. A Psychometric Analysis of the Patient Satisfaction With Nursing Care Quality Questionnaire An Actionable Approach to Measuring Patient Satisfaction. En: Journal of Nursing Care Quality. Vol 20. No.3. (2010); p. 220-230

pacientes y facilitando la integración del enfermero/a en el equipo de atención médica.^{29,30,31}

Varios instrumentos se han utilizado para investigar las variables de comunicación y coordinación: CSACD; instrumento de colaboración y satisfacción con las decisiones del cuidado, CPS-INS; Escala de Practica Colaborativa e Índice de satisfacción de la fuerza del trabajo, escala de Jefferson que mide actitudes hacia la colaboración enfermera-medico, NOQ; medición de Opiniones Enfermeras y el Instrumento de Shortell y colaboradores para medir comunicación y coordinación en Enfermería³²; este último utilizado por Irvine y colaboradores en “El Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería”³³ en cuya variable de procesos se identifica el rol de enfermería relacionándolo con los resultados de los pacientes. En este modelo del rol interdependiente, la evaluación del rol se analizó considerando la comunicación y la coordinación; la comunicación entre personal de enfermería y entre enfermería y otros profesionales, en cuanto a franqueza, precisión y puntualidad; se percibe la coordinación como la medida de varias estrategias para mejorarla.³⁴

Otros estudios,^{35 36 37 38} que en todos los casos han hecho uso de porciones del instrumento, miden subescalas específicas como por ejemplo relacionar el ambiente con la comunicación, la asociación de los equipos enfermeros para la entrega de cuidados, entre otros.

Describir la comunicación y la coordinación en el rol interdependiente de enfermería ayuda a identificar la importancia del desempeño en el equipo de salud, siendo esta una necesidad sentida en nuestro medio; de igual manera la existencia de un instrumento validado en Colombia para la medición de los aspectos en mención, dan continuidad a la línea de investigación del grupo de Gerencia en Salud y Enfermería de la Universidad Nacional, por cuanto contribuye al desarrollo de la disciplina, a través de la generación continua del conocimiento necesario para la producción de cuidados de enfermería basados en evidencia objetiva.

²⁹ SOURAN, Van y H, Mary. Success Indicators and Barriers to Acute Nurse Practitioner Role Implementation in Four Ontario Hospitals. AACN. Vol. 12. No. 3. (2001); p. 424-437.

³⁰ SIDANI, Souraya y DORAN, Diane. [Processes of Care: Comparison between Nurse Practitioners and Physician Residents in Acute Care](#). En: CJNL. Vol.19. No. 1. (2006); p. 69-85

³¹ BYERS, Jacqueline y BROUNI, Mary Lou. Demonstrating the Value of the Advanced Practice Nurse: An Evaluation Model. En: AACN Advanced Critical Care. Vol. 9. No.2. (1998)

³² DOUGHERTY, Mary y LARSON, Elaine. Op. Cit., 244-255

³³ SIDANI, Souraya y IRVINE, Doran. Op. Cit., p. 29-39.

³⁴ SIDANI, Souraya. y IRVINE, Doran. Op. Cit., p. 29-39

³⁵ MANOJLOVICH, Melisa, Op. Cit., p.369.

³⁶ SHORTELL, S.M., et al. The performance of intensive care units: ¿Does good management make a differences?. En: Medical Care. Vol. 32. No 5 (1994); p. 508-525.

³⁷ Ibid.p.510

³⁸ MARK, B. A., & BURLESON, D.L. Measurement of patient outcomes, data availability and consistency across hospitals. En: Journal of Nursing Administration. Vol. 25. No 4 (1995); p. 52-54. Citado por: MANOJLOVICH, Melisa, op. cit., p. 368.

El propósito del estudio es contribuir a la calidad de la atención de enfermería mediante la identificación de la forma como ocurren la Comunicación y la Coordinación entre las enfermero/as y entre estas con otros miembros del equipo de salud en las unidades de hospitalización, para con base en los resultados poder establecer desde la organización estrategias de mejoramiento que incidan en los resultados positivos para el paciente y desde la academia enfatizar la importancia de estos aspectos en la formación de los nuevos profesionales.

1.2 Planteamiento del problema

La coordinación y la comunicación son aspectos fundamentales para garantizar la continuidad de la atención en salud con calidad. Trabajar en equipo e interactuar con otras disciplinas se hace cada día más necesario en este medio; por ello los instrumentos validados para la aplicación en nuestro país, garantizan una información confiable, para posteriormente crear estrategias correctivas para el desempeño profesional sobre lo que resulte.

Las investigaciones sobre estos dos aspectos específicos hasta ahora han sido realizadas con mayor frecuencia en unidades de cuidados intensivos, quizás dando relevancia al cuidado crítico y el apoyo que se debe tener entre el equipo que interviene con la atención del paciente; pero al igual que en estas unidades es preciso valorar la influencia positiva o negativa en otros escenarios de práctica que requieran potencialmente de estas condiciones ya evidenciadas como importantes en el desempeño del rol interdependiente del profesional, como son las unidades de hospitalización.

Las primeras en hacer uso del instrumento de Shortell fueron Irvine y Sidani³⁹ quienes probaron las hipótesis de que la calidad de la comunicación y la coordinación de la enfermero/a se reflejan positivamente en el logro de resultados del paciente. Algunas aproximaciones a esta medición se han hecho en Colombia. Los resultados del estudio en mención, evaluaron positivamente la mayor parte de los factores que conforman las dimensiones de comunicación y la coordinación entre las enfermeras(os) y el equipo salud permitiendo concluir que esto facilita que enfermería asuma de manera óptima la continuidad de los cuidados en lo que tiene que ver con el rol interdependiente⁴⁰.

³⁹ SIDANI, Souraya y IRVINE, Doran. Op. Cit., p. 29-39

⁴⁰ PUELLO, Ortega Alexander. Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, Rol interdependiente. Cartagena, 2012. Tesis para optar título de Magister en enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

En ese sentido se busca con esta investigación, aplicar las escalas de coordinación y comunicación del instrumento de Shortell⁴¹ para dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es el grado de comunicación y coordinación como dimensiones de las enfermeras que laboran en los servicios de hospitalización de las IPS de tercer nivel de atención de Manizales?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar el grado la Comunicación y Coordinación como dimensiones del Rol interdependiente de enfermeras que laboran en los servicios de hospitalización en IPS de tercer nivel de atención de la ciudad de Manizales.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la población objeto de estudio a partir de variables sociodemográficas.
- Describir la comunicación entre enfermero/as y con otros miembros del equipo de atención en salud, en términos de franqueza, exactitud, oportunidad, comprensión y satisfacción
- Describir la coordinación entre enfermero/as, y con médicos y entre los dos grupos según escala de Shortell

1.4 Justificación del estudio

En el sistema de salud actual es fundamental la satisfacción del paciente, desde la óptica particular de servicios de salud que se ofrecen. Por ello cada uno de los actores del sistema debe resolver día a día innumerables dificultades que afectan la calidad de la atención, siendo necesaria una efectiva interacción entre los miembros del equipo responsable de la misma mediada por una adecuada comunicación que afecte positivamente la coordinación de los servicios que se prestan.

Para enfermería, una disciplina aplicada y una profesión de servicio, es en ocasiones difícil demostrar su contribución en la calidad de la atención; por ello es indispensable argumentar la naturaleza del conocimiento que enfermería busca a través de la investigación; éste es explicativo de los fenómenos de interés, descriptivo de las variables que intervienen en los mismos y prescriptivo, para que fundamente las intervenciones profesionales que buscan resultados positivos en el estado de salud y bienestar de las personas que utilizan sus servicios, toda vez que en el campo del

⁴¹ SHORTELL, S.M. et al. Organizational assessment in intensive care units (ICUs): Construct development, reliability, and validity of the ICU nurse physician questionnaire. En: Medical Care. Vol. 29. N° 8 (1991); p. 709-726.

cuidado la enfermería sigue teniendo el papel más sustancial que le reconoce la sociedad.⁴²

El cuidado basado en la evidencia articula la investigación con la práctica clínica, comunitaria o docente de enfermería. Es indispensable entonces que los esfuerzos se dirijan a traducir los hallazgos de investigación en formas de cuidado específico; ser capaces de mostrar que la investigación en enfermería tiene repercusiones concretas en la salud y bienestar de las personas, grupos y comunidades que reciben cuidado de parte de estos profesionales⁴³. Por ello el disponer de instrumentos válidos y confiables, brinda las herramientas para generar los conocimientos necesarios para el logro de este objetivo.

Brindar calidad en el servicio de enfermería requiere del conocimiento técnico científico y será evaluado en últimas por el paciente a través de la manifestación de satisfacción, por ello se orienta el cuidado como una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad⁴⁴. Valorar la comunicación y coordinación, como elementos de proceso en la atención de enfermería con calidad, es fundamental para la generación de datos confiables que permitan aportar desde la disciplina al logro de la calidad en las organizaciones; tal cual lo refieren Parra y Arango 2008: “Para las instituciones de salud este tipo de instrumentos constituyen una gran ayuda a la hora de medir la forma como se comunica y coordinan los cuidados de las personas, a fin de hacer de estos aspectos una función más efectiva”⁴⁵.

De esta forma la enfermería como profesión, haciendo uso de las ciencias administrativas toma el enfoque orientado a la calidad y en él los aportes de instrumentos para medir variables que inciden directamente en la misma.

Corresponde ahora investigar sobre estos dos aspectos de comunicación y coordinación en las instituciones hospitalarias colombianas para mejorar la calidad del cuidado de enfermería y fortalecer el componente disciplinar y teórico de la profesión, aportando a la línea de investigación de Gerencia de Servicios de Salud de la maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.⁴⁶

Se espera a la vez aportar información confiable en las organizaciones en las que se realiza el estudio para que puedan formularse e implementarse planes de mejora en

⁴² GALLEGU, Esther. Evaluemos la Práctica Social de la Enfermería. En: Investigación y educación en enfermería. Vol. XXIV, No. 2.(2006) p. 13-14.

⁴³ GALLEGU, Esther. Op. Cit., p. 13-14.

⁴⁴ CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 266 de 1966. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Capítulo I. Artículo 2. Publicado en el Diario Oficial No. 42.710, de 5 de febrero de 1996.

⁴⁵ PARRA, Dora I y ARANGO, Gloria L. Op. Cit., p. 51-62

⁴⁶ PARRA, Dora I y ARANGO, Gloria L. Op. Cit., p. 51-62.

estos aspectos del trabajo interprofesional, para beneficio de los pacientes, los profesionales y las organizaciones.

1.5 Definición de términos

Rol de enfermería:

Actividades de la práctica que asume enfermería en el cuidado de la salud y que la vincula con el paciente y la organización; estos componentes han sido establecidos por normas y agentes externos que se han desarrollado a través del tiempo.⁴⁷

Rol Interdependiente de enfermería:

Actividades que las enfermeras adelantan y en las que dependen parcial o totalmente de las funciones de otro profesional del cuidado en salud para su cumplimiento. En estas actividades las enfermeras se comprometen a promover la continuidad, la coordinación y la integración de la atención.⁴⁸

Coordinación:

Actividad consciente por la cual se ensamblan y se sincronizan esfuerzos de trabajo diferenciados de tal manera que las enfermeras funcionan armoniosamente entre sí y con otros miembros del equipo de atención en salud, para el logro de los objetivos organizacionales⁴⁹.

Comunicación:

Habilidad de las enfermero/as para comunicar y articular su opinión a otros miembros del equipo de atención en salud. Esta es medida a través de dimensiones o criterios que incluyen la exactitud, la oportunidad, la comprensión y satisfacción⁵⁰

⁴⁷ IRVINE, Diane; SIDANI, Souraya; MCGILLS HALL, Linda. Linking outcomes to Nurses' roles in Health care. En: Nursing Economics. Vol. 16. N° 2 (1998); p.58.

⁴⁸ SIDANI, Souraya y IRVINE, Doran. Op. Cit., p. 29-39.

⁴⁹ LONGEST B. y KLINGERSMITH J. Coordination and communication. Health Care Management: Organizational Design and Behavior, Delmar, New York, 1194, p. 182-211. Citado por: IRVINE DORAN, et al, op. cit., p.32.

⁵⁰ SHORTELL et al, op. cit., p. 712.

2.Marco teórico

Alcanzar la calidad en la atención en salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud ó IPS, debe ser no solo una exigencia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, sino una necesidad de la gestión institucional, para posicionarse en el mercado logrando así que los usuarios satisfechos se constituyan en la mejor publicidad para la organización cumpliendo sus metas sociales y financieras.

Avedis Donabedian quien fuera el pionero en el estudio de la calidad asistencial, aportó mediante su teoría elementos para el análisis de la calidad de la atención en salud a través de la evaluación de la estructura, del proceso y de los resultados. En éste guía se soporta el modelo que a continuación se expone y en el que se evalúa las variables de comunicación y coordinación como parte del proceso que realizan las enfermeras para la atención en salud/ cuidado de enfermería.

2.1 Modelo de efectividad del rol de enfermería

Este modelo fue desarrollado por Irvine y Sidani, con el objetivo de identificar e investigar los cuidados de enfermería, haciendo énfasis en el complejo sistema de factores interrelacionados que están presentes en la práctica de la enfermera, y que afectan la eficacia en el desempeño de sus funciones. Las autoras describen cómo la prestación de cuidados eficientes y efectivos, contribuyen a las demandas creadas por los cambios en el sistema de salud.⁵¹

De igual manera refieren que es necesario evaluar el impacto del desempeño de las enfermeras/os en la calidad y costo de la atención, dentro del sistema de atención de salud y así justificar la institucionalización de los cuidados especializados y proporcionar evidencia empírica requerida para el desarrollo de políticas organizacionales. Varios estudios que ellas citan y que han examinado este impacto, denotan resultados inconsistentes por debilidades identificadas en los marcos conceptuales y metodológicos utilizados, sobresaliendo entre estas, la falta de un marco teórico básico para la investigación; la falta de relación entre los procesos y los resultados de la atención; y la dificultad para diferenciar los resultados de la atención de enfermería con los resultados de otros miembros del equipo de atención en salud.

⁵¹ IRVINE, Diane; SIDANI, Souraya. Op. cit. p., 58-66.

Como ya se mencionó dicho modelo se sustenta en el modelo de evaluación de la calidad de la atención en salud, propuesto por Donabedian, en donde se analiza la calidad con base en los indicadores que miden estructura, proceso y resultado.

A continuación se describen los componentes del Modelo que para evaluar la atención de enfermería proponen Irvine y Sidani⁵²:

2.1.1 Componente de Estructura

Consiste en la descripción de los participantes en la atención: la enfermera/o, con sus conocimientos, experiencia y habilidades; el paciente, y características demográficas y condición de salud presentes en el momento de la atención; y las variables organizacionales como los patrones de cuidado y la carga laboral de la enfermera⁵³.

2.1.2 Componente de Proceso

Consiste en la caracterización de los diferentes roles que la enfermera/o puede desempeñar con sus respectivas funciones específicas y diferenciadas en cada uno de ellos como son:

- **Rol independiente** donde el cuidado de enfermería es el eje fundamental de las actividades realizadas por la enfermera y que no requieren orden de un médico, por ejemplo: evaluación, planeación y ejecución de un tratamiento de enfermería iniciado, monitoreo de la condición del paciente y evaluación del logro de resultados.
- **Rol dependiente** es la ejecución de las órdenes médicas propiamente dicha como por ejemplo iniciar los medicamentos por vía intravenosa.
- **El rol interdependiente** foco de este estudio, son todas aquellas actividades que se realizan parcial o totalmente dependientes de otros miembros del equipo de atención en salud, por ejemplo, presentar informes del cambio del estado de salud del paciente y la coordinación de servicios de salud⁵⁴.

⁵² IRVINE, Diane; SIDANI, Souraya. Op. cit. p., 58-66

⁵³ IRVINE, Diane; SIDANI, Souraya. Op. cit. p., 58-66

⁵⁴ IRVINE, Diane; SIDANI, Souraya. Op. cit. p., 58-66

2.1.3 Componente de Resultados

Consiste en los productos logrados luego de prestar la atención de enfermería, tal como el estado general del paciente, los comportamientos y percepciones resultantes de la atención. Algunas categorías en este componente son: prevención de complicaciones, resultados clínicos, conocimientos de la enfermedad y sus tratamientos por parte del paciente, funcionalidad del paciente, satisfacción del paciente con la atención, el costo particular de la atención en la que incurre el paciente y la organización⁵⁵.

2.2 Principales propuestas del modelo

El Modelo de efectividad del Rol de la Enfermera, propone relaciones entre las variables de estructura, los componentes de los procesos y el resultado⁵⁶.

2.2.1 Relación Estructura y Procesos.

Esta relación plantea que las características de la enfermera, el paciente y las variables de la organización, modifican las habilidades de las enfermeras para desempeñar efectivamente sus funciones en el rol independiente e interdependiente. La capacidad de comunicarse claramente y con precisión con los demás miembros del equipo, es una habilidad en las enfermeras, fomentada principalmente por la experiencia⁵⁷.

2.2.2 Relación Estructura y Resultados.

Esta relación plantea que las características de la enfermera, el paciente y las variables de la organización, tienen efectos o relación directa sobre los resultados esperados en los pacientes. Características de los pacientes que se consideran directamente relacionadas con los resultados pueden ser, la edad e inmunidad, mientras las características de la enfermera pueden estar mediadas por el desempeño de la misma⁵⁸.

2.2.3 Relación Procesos y Resultados.

Los roles desempeñados por la enfermera se relacionan directamente con los resultados esperados en el paciente; en el rol independiente, las intervenciones de enfermería tiene efectos directos en la evolución clínica, la funcionalidad, el conocimiento, la satisfacción del usuario, así como en el costo y el resultado final de la atención; el rol dependiente, puede conducir a estos mismos resultados pero existe la posibilidad de que se presenten efectos no deseados como, errores en la medicación o eventos adversos que comprometen la atención. En el Rol interdependiente, la influencia principal en el

⁵⁵ IRVINE, Diane; SIDANI, Souraya. Op. cit. p., 58-66.

⁵⁶ IRVINE, Diane; SIDANI, Souraya. Op. cit. p., 58-66.

⁵⁷ IRVINE, Diane; SIDANI, Souraya. Op. cit. p., 58-66.

⁵⁸ IRVINE, Diane; SIDANI, Souraya. Op. cit. p., 58-66.

resultado se da por la calidad de la comunicación entre los profesionales y la coordinación de los servicios que se brindan⁵⁹.

2.3 Descripción de las escalas de comunicación y coordinación

Una de las herramientas para la medición de las escalas de comunicación y coordinación es el instrumento de Shortell et al, conocido como el Cuestionario ICU: Nursing Physician Questionnaire, cuyas dimensiones a medir son principalmente liderazgo, cohesión en el equipo de atención en salud, manejo de conflictos, comunicación, percepción de la eficacia de la unidad, coordinación y cultura de la misma.⁶⁰

En este estudio se miden la comunicación y coordinación, utilizando las escalas de Shortell, utilizadas por Irvine y Sidani en el modelo de efectividad del rol de enfermería para evaluar el rol interdependiente.

Los criterios incluidos en la escala de medición de la comunicación son⁶¹

- **Franqueza:** Identifican el grado los enfermeros expresan con facilidad, agrado y apertura la información que desean transmitir.
- **Exactitud:** Medida en la forma que la información llega a enfermeros y médicos por intermedio de terceros.
- **Oportunidad:** Es la información del paciente en forma oportuna para las personas que necesitan estar informadas.
- **La comprensión:** Información completa y efectiva.
- **La satisfacción:** Es medida con la comunicación entre las enfermeras, las enfermeras y los pacientes y familiares de los mismos.

La determinación del grado de coordinación se logra en la escala de Shortell, mediante la recolección de datos de las enfermeras acerca de su percepción sobre la efectividad de la coordinación dentro del servicio ó unidad y entre el servicio ó unidad y otras áreas del hospital.

Los criterios que incluye la escala son⁶²:

- **Mecanismos de coordinación dentro de la unidad:** efectividad de procedimientos formales encaminados a coordinar los esfuerzos del personal de la unidad.

⁵⁹ IRVINE, Diane; SIDANI, Souraya. Op. cit. p., 58-66.

⁶⁰ DOUGHERTY, Mary y LARSON, Elaine. Op. Cit., 244-255

⁶¹ PARRA, Dora I y ARANGO, Gloria L.. Op.cit pág. 49-51.

⁶² PARRA, Dora I y ARANGO, Gloria L.. Op.cit pág. 49-51.

- **Mecanismos de coordinación entre la unidad y otras unidades de la institución:** efectividad de procedimientos formales encaminados a coordinar el personal de la unidad con el resto del hospital.
- **Mecanismos de coordinación personal e informal dentro del grupo:** efectividad de mecanismos informales encaminados a coordinar los esfuerzos del personal de la unidad.
- **Mecanismos de coordinación personal e informal entre la unidad:** efectividad de mecanismos informales encaminados a coordinar el personal de la unidad con el resto del hospital.

2.4 La comunicación y la coordinación

Desde el punto de vista de las teorías administrativas, específicamente la organizacional, la comunicación tienen un lugar preponderante en el funcionamiento de cualquier grupo,^{63 64} la comunicación interna es aquella que se efectúa entre los miembros de un grupo o entre grupos que pertenecen a una entidad laboral y se puede desarrollar de manera formal. Al mismo tiempo se dice que la estructura organizacional y las funciones de cada cargo tienden a afectar el proceso de comunicación interna porque esta es diferente entre los niveles superiores e inferiores y la que se produce entre iguales, estableciendo de esta forma la cantidad y el carácter de los contactos comunicacionales que tienen como fin los objetivos fijados por la organización.

Ahora bien, en esta comunicación llamada de tipo formal el flujo de información pueden ir en dirección horizontal, teniendo lugar entre los niveles y cargos situados en un mismo nivel de la estructura jerárquica y mediante ella se efectúa la coordinación y cooperación necesarias para la realización de una tarea entre personas pertenecientes a un mismo grupo o colectivo y entre grupos y colectivos.

En ese mismo contexto, no es posible analizar la comunicación en la empresa, independiente de la evolución de la Administración, ya que en cada momento de ésta hay marcadas exigencias económicas productivas que, por supuesto, se reflejan en el campo social y le imprimen un sello distintivo a la comunicación, por lo que resulta útil comprender cada una de esas posiciones teóricas para poder poseer una completa visión de cómo funcionan las organizaciones y el papel de la comunicación en ellas.

Dentro de esta perspectiva, la escuela de dirección científica o también conocida como Taylorismo, en referencia a su fundador, marcó la introducción de métodos científicos en la conducción de las organizaciones, de ahí su denominación. En relación con la

⁶³BARREIRA, Luis. La Comunicación en la Administración empresarial. En: Revista Espacio, Vol. 2. (2000); p. 1-12.

⁶⁴ FERNANDEZ, Julia. 4to Congreso de administración pública, sociedad , gobierno y administración. Internet. Disponible en: www.asociacionag.org.ar/pdfcap/4/Fernández,%20E.%20Julia.doc. Citado agosto de 2011

comunicación, Taylor dice poco, su énfasis estaba en la estructura organizativa y en el comportamiento individual y la concebía de forma unidireccional y de arriba a abajo, solo vinculada a la ejecución de las tareas, este punto de vista asume que aquellos que se encuentran encima de la pirámide organizacional poseen la información relevante y su función en la comunicación es diseminar ese conocimiento.

Mientras tanto, por su parte Fayol reconoce que la estructura formal constituía una barrera para los flujos de comunicación, por lo que propone permitir la comunicación horizontal, violando la estructura vertical, solo a modo de excepción en situaciones de crisis cuando se requiere de acciones rápidas, lo que se conoce con el nombre de “puente de Fayol”.

En cuanto a la Escuela de Relaciones Humanas, comprobó que los obreros constituían un grupo integrado con sus propias normas y código de comportamiento, válidas para establecer y mantener sus propios estándares de producción, en contraste con la concepción del “hombre económico” de la escuela de dirección científica, que responde directamente a incentivos monetarios, la escuela de relaciones humanas concibe al hombre como “ser social”, que responde a las influencias interpersonales del grupo de trabajo, conduciendo a la concepción de un estilo de dirección participativa que involucra a los obreros, en el cual aparece un flujo de comunicación ascendente. De esta forma escuela vio la comunicación con mayor importancia que el Taylorismo y concibieron la comunicación no como un medio para que los jefes se dirijan a los obreros, sino también para que la administración escuche lo que los obreros quiere decir.

A diferencia de sus predecesoras que surgen de la experiencia práctica y de la investigación empírica, la escuela de sistemas se fundamenta en las bases teóricas que le proporciona la Teoría General de Sistemas, para esta escuela la comunicación es el proceso básico que facilita la interdependencia de las partes del sistema total en este caso la organización y el papel que desempeña es el de armonizarla como mecanismo de coordinación

El desarrollo de las teorías administrativas enseña que tras la administración clásica con énfasis en las tareas y la estructura, surgió la teoría de las relaciones humanas y en ella se introducen una serie de elementos que atañen directamente a la importancia que se da a las personas. Es así como el lenguaje administrativo incluye temas como la motivación, liderazgo, comunicación, organización informal y la dinámica de grupo⁶⁵

Estos elementos se constituyen a partir de entonces en elementos claves dentro de la gestión organizacional y se relacionan directamente con el logro de la calidad de la producción de bienes y servicios. La comunicación particularmente se constituye en uno de los procesos fundamentales de la experiencia humana y la organización social⁶⁶.

⁶⁵ CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la Teoría de la Administración. Séptima edición. Mc Graw Hill. México (2007); p. 100

⁶⁶ *Ibíd.*, p.110

Exponentes de la administración basada en las relaciones humanas, como Elton Mayo, quien centra la atención en la oportunidad de escuchar y aprender de las reuniones de grupo y observar los problemas de comunicación intergrupales en los empleados⁶⁷, introducen el interés por las diferentes interacciones entre los individuos de las organizaciones, y cómo en ellas es de vital importancia reconocer el papel que representa la colaboración esta se da en forma espontánea y debe ser analizada a favor de la empresa.

De esta forma también en enfermería la comunicación se considera un aspecto vital para la dirección y el liderazgo. Se entiende que la enfermera/o como miembro del equipo de atención en salud debe garantizar una estructura y transmisión de los mensajes de forma que los demás puedan entenderlos y aceptarlos⁶⁸. Pero de igual manera como miembros de la organización deberán contribuir a garantizar la comunicación entre los miembros y las partes de la organización.

La coordinación considerada por Fayol como un elemento de la administración que implica unificación y armonización de toda actividad y esfuerzo organizacional, es considerada por otros como principio que debe guiar la unidad de acción y la consecución de un fin común⁶⁹. Podría decirse que de no darse una coordinación efectiva entre los miembros e instancias de la organización es imposible alcanzar metas comunes y asegurar la eficiencia de la empresa como un todo.

En enfermería vale señalar que la atención ó cuidado enfermero, se da en un contexto organizacional y median todos los miembros del equipo de atención y todas las unidades que intervienen en el proceso de atención en salud, así que la coordinación se constituye en un imperativo para el logro de resultados en el paciente que es el eje del cuidado de la salud y de enfermería.

En otra perspectiva, la colaboración, por definición, implica la interdependencia en lugar de la autonomía,⁷⁰ es decir, para mantener la calidad de los resultados, se hacen necesarias las asociaciones, la comunicación a través del intercambio de ideas y revisión por pares entre las disciplinas.⁷¹

Algunos autores afirman que los atributos críticos de colaboración incluyen la participación en la planificación, la toma de decisiones, la solución de problemas, establecer metas y asumir la responsabilidad, trabajando juntos cooperando, coordinando y con una comunicación abierta: esta última es la esencia de la

⁶⁷ *Ibíd.*, p.117

⁶⁸ HUBBER, Diane. Liderazgo y Administración en Enfermería. Mc Grw Hill. México (1999); p. 324-325

⁶⁹ CHIAVENATO, Idalberto. Op cit .p. 74

⁷⁰ LAWRENCE, S. Interprofessional collaboration in the ICU: How to define?. En: Nurse Critical Care. Vol. 16. No.1. (2011); p.5-10

⁷¹ DIETRICH, L. Collaborations Partnerships. En: Nursing administration Quarterly. Vol. 34. No.1.(2010); p. 49-55

colaboración, si esta no es eficaz, es imposible desarrollar las relaciones necesarias para su práctica,⁷² tal como lo sustenta los estudios realizados por Shortell et al, quienes afirman que son de gran importancia en la colaboración de las organizaciones. Valores como la franqueza, la confianza, la honestidad, una cultura de satisfacción en equipo, un fuerte liderazgo, se traduce en un alto grado de cohesión del equipo, lo que facilita la realización de tareas complejas interdependientes.⁷³

Es importante tener en cuenta que la formación profesional de las enfermeras y los médicos generalmente no incluye experiencias interdisciplinarias en la comunicación, la planificación y la toma de decisiones, por lo tanto, las enfermeras y los médicos perciben el valor y la necesidad de colaboración de una manera diferente⁷⁴

⁷² DOUGHERTY, Mary. The Nurse Collaboration Scale. En: The Journal Nurse Administration. Vol. 40. No. 1. (2010); p. 17-25

⁷³ Ibid.,p.17-25

⁷⁴ DOUGHERTY, Mary. Op. cit. 244-253.

3. Marco de diseño

3.1 Tipo de estudio

Estudio de tipo descriptivo transversal. Es descriptivo en tanto tiene como objetivo describir y documentar los aspectos⁷⁵ de Comunicación y Coordinación operacionalizados en el Instrumento de Shortell y colaboradores, en los profesionales enfermeros de los servicios de hospitalización en las IPS privadas de Manizales Caldas, y es transversal porque solo se hace una medición de lo que se quiere hacer, en un momento dado del proceso investigativo.

La unidad de observación son enfermeras/os de los diferentes servicios de hospitalización en las IPS de tercer nivel objeto de estudio, siendo la unidad de análisis el Proceso de Comunicación y Coordinación de los enfermeros de las organizaciones participantes en el estudio.

3.2 Población

La población de estudio está conformada por la totalidad de profesionales que se desempeñan en el área hospitalaria de las IPS privadas, con una antigüedad en la institución igual o superior a los 3 meses, esto es, 38 enfermeras/os, distribuidas así: Clínica 1: 15, Clínica 2: 13, Clínica 3: 10⁷⁶. El estudio se llevó a cabo con los participantes que aceptaron voluntariamente diligenciar el cuestionario, previo proceso de consentimiento informado.

3.3 Variables

3.3.1 Variables Socio Demográficas

Al instrumento original de Shortell se le adicionan variables para caracterizar la población de estudio según edad, años de experiencia, tiempo de permanencia en la institución en meses, tiempo en el servicio en meses, tiempo en horas de trabajo semanal, nombre de la institución, carácter de la institución, nivel educativo.

⁷⁵ POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación científica en las ciencias de la Salud. México. 5 edición. 2007. p. 715

⁷⁶ Se omiten los nombres de las instituciones para mantener su anonimato

3.3.2 Variables del instrumento.

Las variables del instrumento de Shortell y colaboradores, corresponden a las que define la Escala de Comunicación, en total 31 ítems y para la Escala de Coordinación 22 ítems. (Anexo B).

3.4 Fuentes de información

La fuente de información de este estudio la constituyen los enfermero/as que laboran en los servicios de hospitalización en las IPS objeto de estudio.

3.5 Instrumento

Shortell y colaboradores⁷⁷ desarrollaron un instrumento denominado Cuestionario ICU: Nursing Physician Questionnaire, para medir variables que afectan las relaciones entre médicos y enfermeros, incluye 47 dimensiones, entre las cuales, se caracteriza las escalas de comunicación y coordinación, estas últimas tomadas por Irvine y Sidani para evaluar el rol interdependiente de enfermería.⁷⁸

El instrumento original fué sometido a pruebas de validez y confiabilidad en las escalas de Comunicación y Coordinación para el Rol interdependiente de enfermería en Colombia por Dora Inés Parra (Magister en Enfermería de la Universidad Nacional) y Gloria Lucía Arango⁷⁹ (Asesora de tesis), con los siguientes resultados:

Validez facial para la escala de Comunicación:

De los 31 ítems de la escala, 25 obtuvieron un valor aceptable (igual o mayor a 0.70), igual a 80.64% de aceptabilidad para esta escala.

Las dimensiones de esta escala con validez facial medida son:

- Dimensión de Franqueza en la Comunicación dentro del grupo
- Dimensión de Franqueza en la Comunicación entre los grupos
- Dimensión de Exactitud de la Comunicación dentro del grupo
- Dimensión de Exactitud de la Comunicación entre los grupos
- Dimensión de la Comunicación dentro del grupo entre distintos turnos
- Dimensión de Entendimiento entre el grupo (enfermeras-médicos)

⁷⁷ SHORTELL, S.M. et al. Op.Cit. Citado por: MANOJLOVICH, Melisa, Op. Cit., 369

⁷⁸ SIDANI, Souraya; DORAN, Diane M.; MITCHELL, Pamela H. A theory-driven approach to evaluating quality of nursing care. En: Journal of Nursing Scholarship. First Quarter. Vol. 36. No 1 (2004); p. 60-65. Citado por PARRA y ARANGO. Op. Cit. Pág. 30.

⁷⁹ PARRA, Dora I y ARANGO, Gloria L. op cit.,p. 51-62

- Dimensión de Comunicación oportuna
- Dimensión de Satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación

Entre los resultados relevantes de la medida se encontró, que la dimensión de comunicación oportuna alcanzó el mayor valor de aceptabilidad con un valor de 1; y algunas diferencias entre los participantes en cuanto a los criterios de precisión, claridad y comprensión obteniendo bajos índices de aceptación en los ítems que corresponden a la subescala de exactitud dentro del grupo, la dimensión de exactitud entre el grupo y dimensión de entendimiento entre el grupo; ítems que se revisaron para la aplicación de la prueba piloto.

- Validez facial para la escala de Coordinación:

Para esta escala el 72.22% de los ítems alcanzaron la aceptabilidad en igual medida, correspondiente a 16 de 22 ítems.

Las dimensiones de esta escala con validez facial medida son:

- Dimensión Planes Formales y Reglas dentro de la unidad.
- Dimensión Planes Formales y Reglas entre las unidades
- Dimensión Mecanismos de coordinación personales e informales dentro de la unidad
- Dimensión Mecanismos de coordinación personales e informales entre las unidades.
- Dimensión Relaciones de trabajo de la unidad y con otras unidades

Los índices con menores valores de aceptabilidad se relacionaron con las dimensiones de planes formales y reglas dentro de la unidad y mecanismos de coordinación personales e informales dentro de la unidad. Estos fueron revisados por la aplicación de prueba piloto.

- Validez de Contenido escala de Comunicación

La validez de contenido en términos generales es alta para esta escala con valores de 0.82 para aspectos de pertinencia y relevancia.

- Validez de contenido escala de Coordinación

Los valores para esta escala son mayores que para la comunicación, siendo la pertinencia calificada en un 0.84 y la relevancia con 0.88.

Los resultados de validez de contenido para las distintas escalas, teniendo en cuenta las dimensiones que la conforman y el aspecto de pertinencia fueron:

Franqueza en la comunicación entre grupos, comunicación dentro del grupo entre distintos turnos, entendimiento entre el grupo, comunicación oportuna, satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación, planes formales y reglas dentro de la unidad y entre la unidad, mecanismos personales e informales dentro de la unidad, con valor superior o igual a 0.8; el resto de las subescalas por encima de 0.70, menos la

subescala de exactitud de la comunicación dentro del grupo que obtuvo un promedio de 0.67.

Los resultados de validez de contenido para las distintas escalas, teniendo en cuenta las dimensiones que la conforman y el aspecto de relevancia fueron:

Con valor igual o superior a 0.80, son la subescala de comunicación dentro del grupo en distintos turnos, la subescala de entendimiento entre el grupo, la subescala de comunicación oportuna, satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación, planes formales y reglas dentro de la unidad y entre la unidad, mecanismos personales e informales dentro de la unidad y relaciones de trabajo entre las unidades. El resto de subescalas promediaron por encima de 0.70 excepto exactitud de la comunicación entre el grupo que fue de 0.66.

▪ Validez de Constructo

Los factores obtenidos para la escala de Comunicación fueron tres: factor 1 conformado por 14 ítems (11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 27, 28 y 31) relacionados con las dimensiones de franqueza en la comunicación entre las unidades, entendimiento entre el grupo enfermera-médico y satisfacción de la comunicación enfermera- paciente; factor 2 conformado por 7 ítems (1, 3, 4, 6, 7, 9, 30) relacionados con la franqueza en la comunicación dentro del grupo de enfermeras, comunicación entre las enfermeras en los distintos turnos y satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación entre ellas mismas, y el factor 3 conformado por 6 ítems (2, 5, 8, 10, 13, 16) relacionados con la exactitud en la información dentro del grupo y entre el grupo.

Para la escala de Coordinación se obtuvieron tres factores: factor 1 con 9 ítems (32, 33, 35, 36, 39, 40, 41, 44, 45) relacionados con planes y reglas formales dentro y entre unidades; factor 2 con 6 ítems (37, 38, 42, 43, 47, 48) relacionados con mecanismos de coordinación personales e informales dentro y entre unidades, y el factor 3 con 5 ítems (46, 50, 51, 52 y 53) concernientes a las relaciones de la unidad con otras unidades.

▪ Consistencia Interna

La consistencia interna de las escalas de Comunicación (0,92) y Coordinación (0,82) fue satisfactoria. Los valores alfa de Cronbach para cada uno de los ítems mostraron que la eliminación de cualquiera de estos no mejoraría la consistencia interna.

▪ Reproducibilidad

En la reproducibilidad prueba-reprueba de los puntajes totales de las escalas, se observaron coeficientes de correlación intraclase buenos y con una reproducibilidad

satisfactoria (20, 34) para CCI- Comunicación = 0,79 (IC95% = 0,71; 0,85) y aceptable para CCI-Coordinación = 0,63 (IC95% = 0,51; 0,73). Se calculan nuevos coeficientes retirando los ítems sugeridos por el análisis de factores para ambas escalas, siendo igual este valor para la escala de comunicación y de 0,66 para la coordinación (IC 95% 0,54-0,75), mejorando para la segunda y manteniéndose en la primera.

3.6 Recolección de datos

Para garantizar la privacidad y confidencialidad en la información suministrada por las enfermeras participantes en el estudio, la recolección de datos se realizó a través de la captación de lo/as profesionales en cada turno, explicándoles los objetivos y propósitos del estudio, así como las condiciones bajo las cuales se realiza para luego solicitar su consentimiento para la participación. (Anexo C).

La investigación se realizó previa aprobación por parte del Comité de Ética y/o autoridades correspondientes de las instituciones y la aceptación de los participantes a través del documento de consentimiento informado.

3.7 Plan de análisis de datos

Primera Fase: *Organización de la información*

Los datos recolectados se sistematizaron a través de una base de datos diseñada en el programa de Excel 2007 posteriormente se realizó el análisis a través de SPSS (Statistical Package for Social Sciences®) para Windows.

En todas las fases se tuvo en cuenta los estadísticos descriptivos básicamente porcentajes.

Segunda Fase: *Caracterización de la población.*

Con los datos obtenidos se procedió a identificar en la población las variables de edad y género; tiempo de permanencia en la institución y en el servicio; tiempo de trabajo semanal y nivel educativo.

Tercera Fase: *Medición de las dimensiones articuladas con la Comunicación en el Rol interdependiente de enfermería*

Se agruparon los datos para análisis y presentación de resultados de acuerdo a las 8 dimensiones contempladas. Previa inversión de los resultados que se encuentran planteados como negativos: es el caso de los ítems: 2,5,8,10,13,16,20.

1. Dimensión: franqueza en la comunicación entre los enfermero/as dentro de la Unidad (Ítems; 1-4-6-9)
2. Dimensión: franqueza en la comunicación entre las enfermero/as y los médicos dentro de la Unidad (Ítems; 12-15-17-19)
3. Dimensión: exactitud en la información entre las enfermero/as dentro de la Unidad (Ítems; 2-5-8-10)
4. Dimensión: exactitud en la información entre las enfermero/as y los grupos dentro de la Unidad (Ítems; 13-16-20)
5. Dimensión: Comunicación dentro del grupo entre distintos turnos (Ítems; 14-18)
6. Dimensión: entendimiento entre el grupo (enfermeras-médicos) (Ítems; 3-7)
7. Dimensión: comunicación oportuna (Ítems; 21-23-26)
8. Dimensión: satisfacción de las enfermero/as en relación con la comunicación (Ítems; 29-30-31)

Cuarta Fase: *Medición de las dimensiones relacionadas con la Coordinación en el Rol interdependiente de enfermería*

Se agruparon los datos para el análisis y presentación de los resultados de acuerdo a 5 dimensiones del instrumento contempladas previa inversión de los resultados que se encuentran planteados como negativos. Es el caso de los ítems: 50, 51, 52 y 53 así:

- Dimensión 1: Planes formales y reglas dentro de la Unidad (Ítems; 32-33-34-37-38-39)
- Dimensión 2: Planes formales y reglas entre la unidad y otras unidades (Ítems; 41-42-44-45-47-49)
- Dimensión 3: Mecanismos de coordinación personales e informales dentro de la Unidad (Ítems; 35-36-40)
- Dimensión 4: Mecanismos de coordinación personales e informales entre la unidad y otras unidades (Ítems; 43-46-48)

3.8 Prueba piloto

Con los objetivos de medir la comprensión del instrumento y evaluar el tiempo en los procedimientos para la recolección de los datos (contacto con las enfermero/as, obtención del consentimiento, aplicación de la encuesta), se realizó la prueba piloto en una sola IPS, con un número de enfermeras que reunían las condiciones para ser participantes.

3.9 Medidas para controlar los sesgos

Como sesgo se podía presentar un conflicto de interés en la IPS donde labora la investigadora, dado el cargo superior como coordinadora que se ejerce allí. En este caso específico se aplicó la encuesta con el apoyo de otra enfermera que actuó como auxiliar de investigación, y por tanto fue entrenada debidamente para realizar el contacto con las enfermeras y realizar el proceso de consentimiento informado.

3.10 Aspectos éticos

La Resolución 008430 de 1993⁸⁰, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, expedida por el entonces Ministerio de Salud, es el marco legal que fundamenta los aspectos éticos a considerar en el presente estudio.

3.11 Tipo de riesgo del estudio

En esta investigación no se hace intervención intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio. Se aplicó la parte del instrumento de Shortell y colaboradores, en cuanto a las escalas de Comunicación y Coordinación lo que no representa daño a la “integridad de los participantes; por lo tanto este estudio se clasifica en la categoría de Investigación sin riesgo”, según el numeral a del artículo 11 de la presente resolución.

3.12 Consentimiento informado

Después de presentada la investigación verbalmente a cada participante, se solicitó de manera escrita, su consentimiento, teniendo en cuenta los aspectos contemplados en el artículo 15 de la resolución 8430 de 1993 (Anexo C), y que aplican al presente estudio como:

- a) La justificación y los objetivos de la investigación.
- b) Las molestias o los riesgos esperados.
- c) Los beneficios que podrían obtenerse.
- d) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los asuntos relacionados con la investigación
- e) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios.
- f) La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- g) El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

La custodia de la totalidad de los consentimientos informados y la información correspondiente a la identidad de los participantes, solo fué de acceso a la investigadora, con el fin de garantizar la confidencialidad y anonimato de la persona que respondía el cuestionario.

⁸⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430. Octubre 4 1993.

De igual manera se solicitó autorización a cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la ciudad de Manizales donde se recogió la información para la investigación: dicha solicitud se envió a la autoridad legal y/o comités de ética de las Instituciones, según se requería. (Anexo D)

Las encuestas se realizaron fuera del turno de los enfermero/as con el fin de no interferir con su labor; para ello se concilió en la entrevista de aplicación del consentimiento informado, la fecha y hora adecuada para la entrega del instrumento así como la recepción de la encuesta diligenciada.

3.13 Confidencialidad y privacidad en la información suministrada.

Para procurar el cumplimiento de estos aspectos, cada uno de los cuestionarios fueron codificados y conocidos solo por la investigadora principal; se guardaron datos de identificación en archivo y en ningún momento serán revelados los nombres de los participantes: la información será de uso netamente académico.

3.14 Honestidad intelectual

Se tuvo en cuenta toda la autoría consultada, haciendo referencia y citas completas de los mismos a lo largo del documento, de acuerdo a las normas establecidas para la referenciación de Icontec.

Adicionalmente, se respetaron los derechos de autor de la escala de Comunicación y Coordinación, tanto original como del instrumento validado en Colombia, mediante la obtención del consentimiento para su uso en el presente estudio. (Anexo E y F)

3.15 Difusión de resultados

Un resumen de los resultados, será dado a conocer a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que participen en el estudio, además de publicar un artículo científico en revista indexada para difusión del conocimiento.

4.Resultados

4.1 Caracterización de la población

A continuación se presentan los hallazgos en relación con las características de la población de estudio en cuanto a edad, género, nivel educativo, tiempo de permanencia en la institución y en el servicio.

En relación al género y edad los participantes oscilan entre 22 a 51 años, siendo la moda de 28 años, la mediana de 30 y el promedio de 32, con una desviación estándar de 7.2. El 73% de la población se encuentran por debajo de los 35 años, lo que denota que es una población adulta joven y, de acuerdo a género prima el femenino con 95% (36), con relación al masculino.

Tabla 1. Distribución de población estudio Grado de Coordinación y Comunicación como dimensiones del

Rol interdependiente en enfermero/as, según edad en tres IPS III Nivel Manizales.

	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Rango	N	Desv. típica
Total	32,35	30	22	51	29	37	7,289

Fuente: Encuesta de profesionales de enfermería de IPS de III nivel en Manizales.

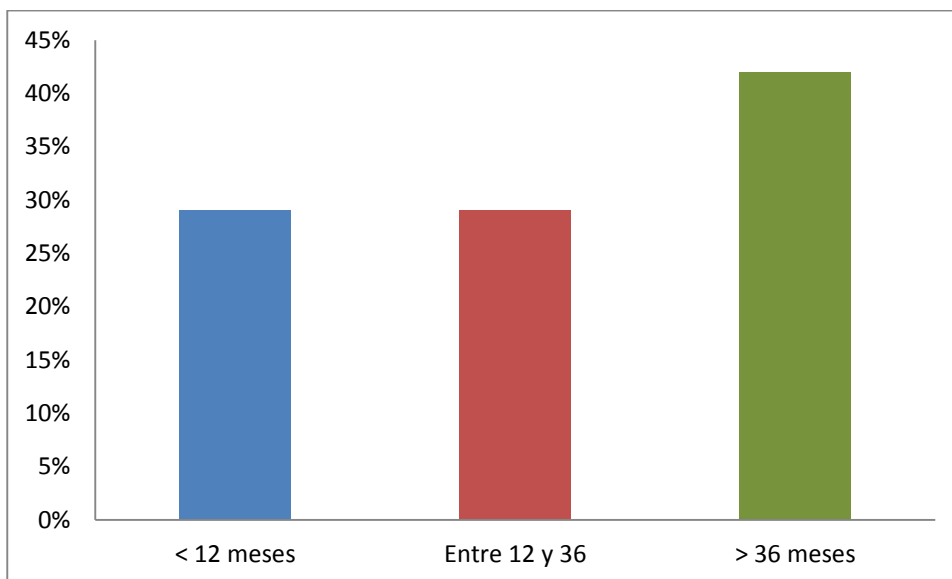
Con respecto a la formación de posgrado, se encuentra que el 68% (26) de los profesionales de enfermería que laboran en las IPS, no han realizado estudios de posgrado: el 32% (12) restante tiene postgrado.

Con respecto a la antigüedad de los participantes en la institución se encuentra entre 3 y 216 meses (11 años), con un promedio de 5 años; en cuanto al tiempo en el servicio de hospitalización, el menor tiempo registrado fue 3 meses y el mayor 72 meses (6 años), con un promedio de 3 años.

Tabla 2. Distribución población de estudio Grado de Coordinación y Comunicación como dimensiones del Rol interdependiente en enfermero/as según *tiempo de permanencia* en la institución en tres IPS III Nivel Manizales.

IPS	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Rango	N	Desv. típ.
Total	52,09	31	3	216	213	38	61,434

Gráfico 1. Distribución población estudio Grados de coordinación y Comunicación como dimensiones del Rol interdependiente en enfermero/as, según *tiempo de permanencia* en la institución en tres IPS de III nivel Manizales.



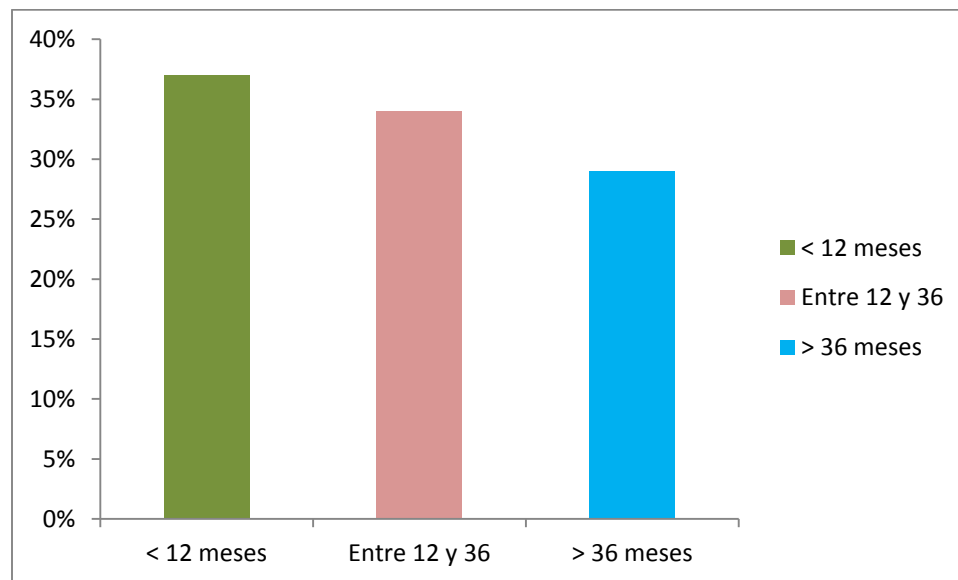
Fuente: Encuesta de profesionales de enfermería de IPS de Tercer Nivel en Manizales.

Tabla 3. Distribución población estudio Grados de Coordinación y Comunicación como dimensiones del rol interdependiente en enfermero/as, según *tiempo de permanencia en el servicio de hospitalización* en tres IPS III nivel Manizales

IPS	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Rango	N	Desv. típ.
Total	35,41	22,5	3	216	213	38	44,395

Fuente: Encuesta de profesionales de enfermería de IPS de Tercer Nivel en Manizales.

Gráfico 2. Distribución población estudio Grados de Coordinación y Comunicación como dimensiones del rol interdependiente en enfermero/as, según *tiempo de permanencia en el servicio* de hospitalización en tres IPS de III nivel Manizales



Fuente: Encuesta de profesionales de enfermería de IPS de Tercer Nivel en Manizales.

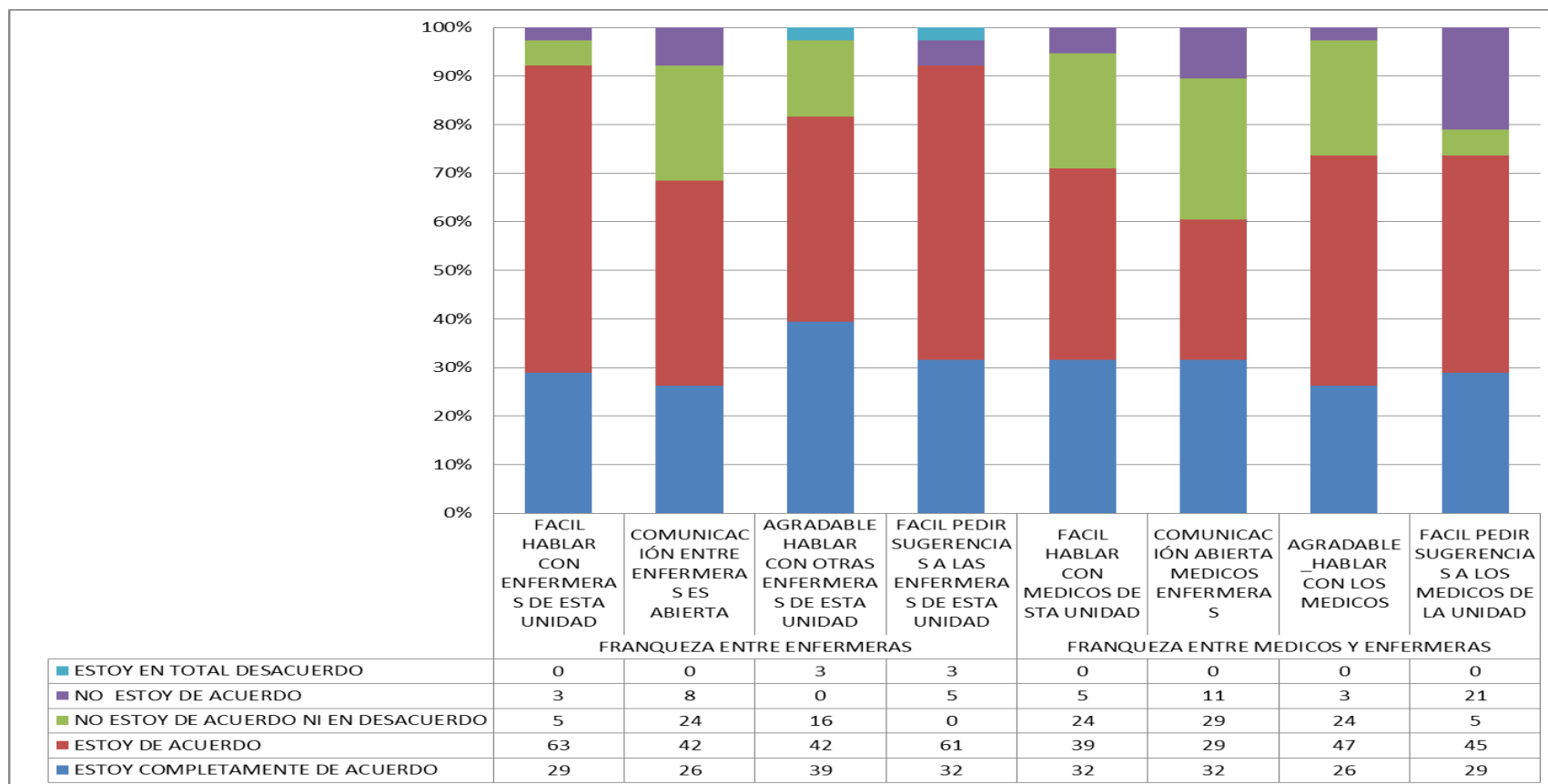
4.2 Comunicación entre enfermeras y con otros miembros del equipo en términos de franqueza, exactitud y comunicación en distintos turnos, en términos de entendimiento, oportunidad y satisfacción.

A continuación se muestra los resultados obtenidos en cada una de las ocho dimensiones que miden la comunicación mediante los 31 ítems que comprenden los factores de franqueza, exactitud, comunicación en distintos turnos, entendimiento, oportunidad, y satisfacción.

4.2.1 Factor franqueza en la comunicación dentro del grupo (Ítems 1, 4, 6 y 9) y entre los grupos (Ítems 12, 15, y 17)

Estas dimensiones permiten identificar hasta qué grado las enfermeras no sienten temor a repercusiones o malos entendidos, cuando “expresan sus verdaderas intenciones”, tanto cuanto hablan entre su grupo como cuando se comunican con otros.

Gráfico 3. Escala Comunicación. Dimensión 1 y 2. Franqueza en la comunicación dentro del grupo de enfermería y entre los grupos de enfermería y médicos en tres IPS III Nivel Manizales.



Fuente: Encuesta de profesionales de enfermería de IPS de Tercer Nivel en Manizales

Como puede observarse en el gráfico 3, en cuanto a la franqueza en la comunicación al interior del grupo de enfermeras, el 92% de ellas está completamente de acuerdo o de acuerdo en que es fácil hablar con las colegas y pedirles sugerencias. Un porcentaje menor, del 81% considera estar completamente de acuerdo o de acuerdo en que esto resulta agradable. Sin embargo, en lo que tiene que ver con la apertura de la comunicación, el porcentaje de acuerdo se reduce a 68% y en este ítem se presenta el más alto porcentaje de desacuerdo en las preguntas del grupo, el 11%, si bien al 29% le resulta indiferente este asunto, siendo este ítem el que más alto porcentaje de respuesta de indiferencia alcanza entre los cuatro que componen esta dimensión.

Los resultados con respecto a la comunicación entre grupos resultan menos favorables. El mayor porcentaje de respuestas de acuerdo se registran en los ítems referidos a lo agradable de hablar con los médicos (71%) y a la facilidad que se tiene para pedir a ellos sugerencias (74%). Nótese que en este último ítem el 21% de las enfermeras manifestó no estar de acuerdo con que esto les resultara fácil. Con un porcentaje un poco menor se encuentra acuerdo en que es fácil hablar con los médicos, mientras que un porcentaje menor de los respondientes (el 61%) están de acuerdo en que hay una comunicación abierta entre médicos y enfermeros.

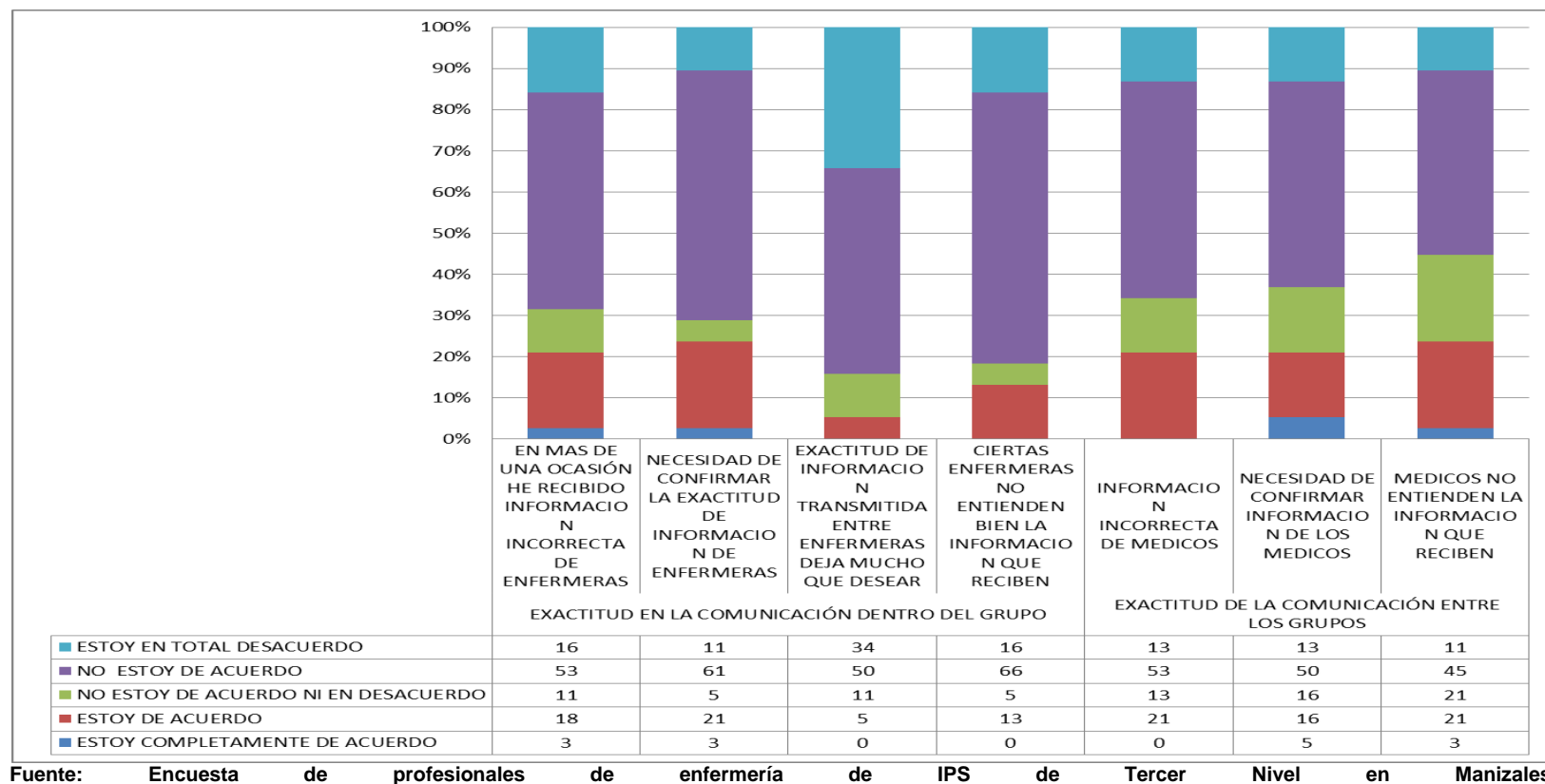
4.2.2 Factor exactitud en la comunicación dentro del grupo (Ítems 2, 5, 8 y 10) y entre los grupos (Ítems 13, 16, y 20)

Estas dimensiones permiten identificar hasta qué grado las enfermeras creen que la información que reciben de sus compañeras y el grupo de médicos es exacta.

En lo que tiene que ver con la exactitud de la información los resultados revelan que hay diferencias importantes entre la comunicación de las enfermeras con los médicos y la que se establece con las propias enfermeras. En el gráfico 4 nótese cómo el 69% de las enfermeras señala no estar de acuerdo con haber recibido en más de una ocasión información incorrecta de las enfermeras, mientras que el 21% está de acuerdo con la afirmación, En un porcentaje similar (24%) las enfermeras consideran que tienen necesidad de confirmar la exactitud de la información que reciben de sus colegas, mientras que solo un 5% está de acuerdo en algún grado en que la exactitud de la información deja mucho que desear. En cuanto a la exactitud de la información que se recibe de los médicos, 21% de las enfermeras están de acuerdo en que reciben información incorrecta de los médicos y el mismo porcentaje comparte algún grado de acuerdo en que se requiere confirmar la información que los médicos de la unidad proveen. El 24% acuerda en que ellos no entienden la información que reciben.

Como puede observarse, en términos de exactitud, los resultados sugieren que hay menos exactitud en la información entre médicos y enfermeras que al interior del equipo de enfermería, si bien en afirmaciones como la última un alto porcentaje de respondientes manifiesta indiferencia al respecto (21%).

Grafico 4. Escala comunicación. Dimensión 3 y 4. Exactitud de la comunicación dentro del grupo de enfermería y entre los grupos de enfermería y médicos en tres IPS III Nivel Manizales.

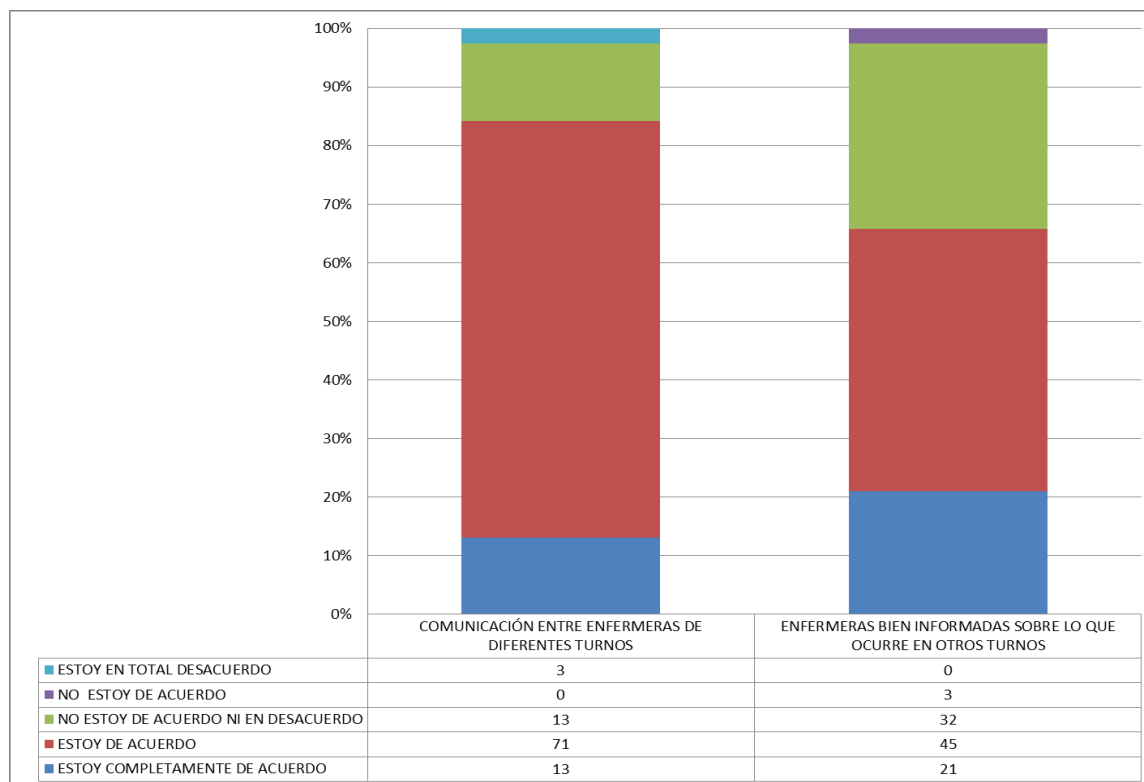


4.2.3 Factor comunicación dentro del grupo entre distintos turnos (Ítems 3 y 7)

Esta dimensión describe qué tan buena y efectiva es la información que se recibe entre los distintos turnos.

Como se observa en el gráfico en relación a la comunicación dentro del grupo de enfermería entre los distintos turnos, se puede ver que más del 84 % de ellas está de acuerdo y completamente de acuerdo que la información que se recibe es efectiva, lo que muestra que existe una buena comunicación entre las enfermeras en distintos turnos y solo un 13% responde como indiferente al respecto, mientras que un 3% expresa estar en total desacuerdo con la afirmación. En relación a si las enfermeras están bien informadas en cuanto a lo que ocurre en otros turnos, un 66% refiere estar de acuerdo o completamente de acuerdo con la afirmación; lo cual muestra que en general las enfermeras tienen buena información sobre lo que ocurre en otros turnos, frente a un porcentaje significativo (32%), que expresa indiferencia al respecto y un 3% que expresa total desacuerdo con la afirmación.

Gráfico 5. Escala comunicación. Dimensión 5. Comunicación dentro del grupo de enfermería entre distintos turnos en tres IPS III Nivel Manizales.



Fuente: Encuesta de profesionales de enfermería de IPS de Tercer Nivel en Manizales

4.2.4 Factor entendimiento entre el grupo de enfermeras y médicos (Ítems 11, 14, 18, 22, 24, 25, 27, 28,)

Estos ocho ítems definen cómo es el entendimiento y la efectividad en la comunicación entre enfermeras y médicos en la unidad.

En el gráfico 6 se observa que con relación a entendimiento entre el grupo enfermeras-médicos un 82% está de acuerdo o completamente de acuerdo en que es grato trabajar con médicos de la unidad mientras que el 13% de los encuestados le es indiferente; el 5% no está de acuerdo con la afirmación. Este es el ítem para el que se encuentran mayor porcentaje de respuestas con algún grado de acuerdo, seguido del ítem en el que se afirma que las enfermeras comprenden bien el plan de tratamiento de los médicos. En este un 85% de las enfermeras está de acuerdo o completamente de acuerdo con la afirmación, un 11% expresa indiferencia, mientras que el 5% restante no está de acuerdo con que esto ocurra. En contraste sobre el plan de tratamiento de enfermería, el 60% está de acuerdo o totalmente de acuerdo con que los médicos comprenden bien el plan

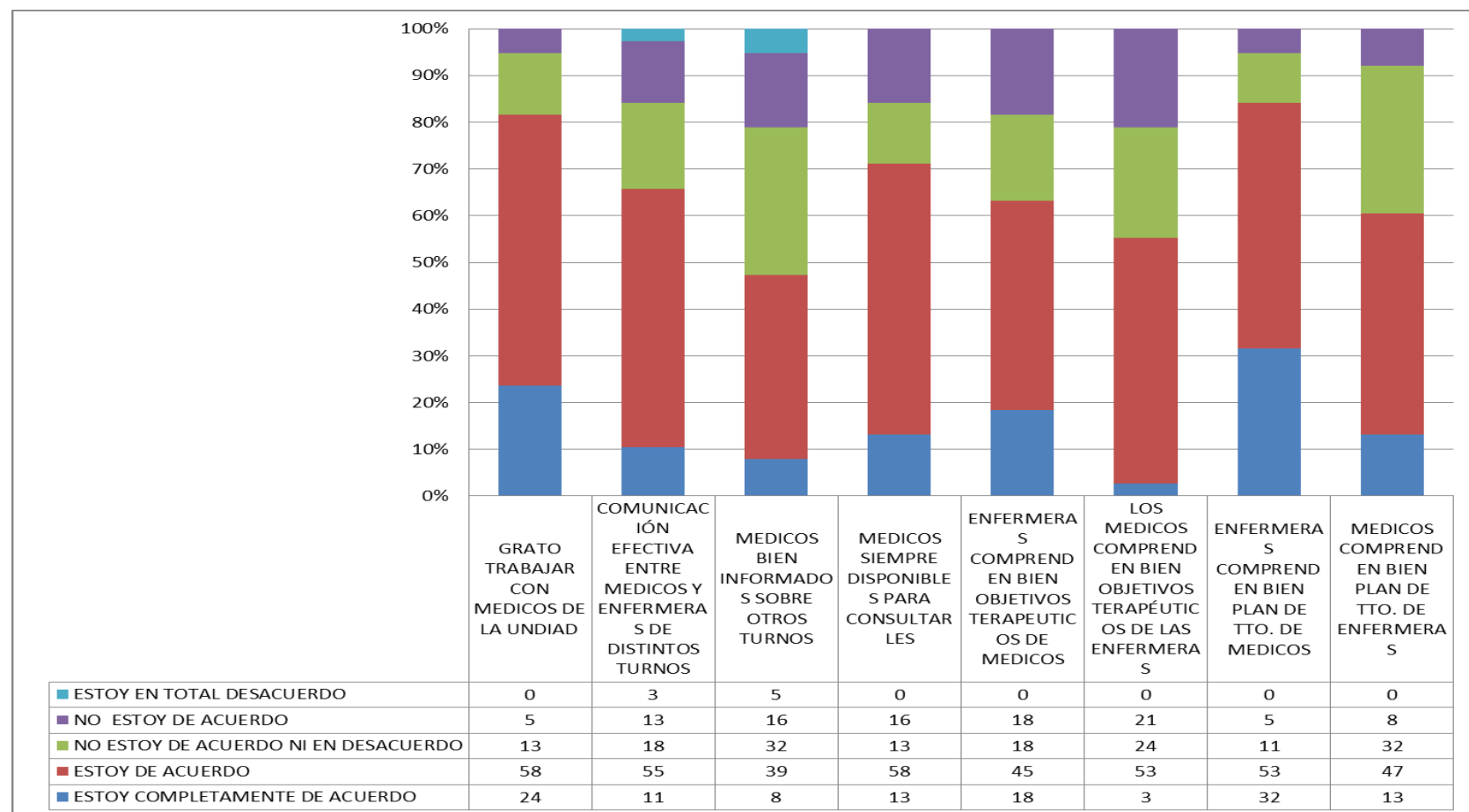
de tratamiento de enfermería, el 8% considera que los médicos no comprenden estos planes y 32% mostró indiferencia al respecto.

Por otra parte, mientras que el 63% de las enfermeras está de acuerdo con que ellas comprenden bien los objetivos terapéuticos de los médicos, el 56% está de acuerdo con que ellos comprenden los objetivos terapéuticos de las enfermeras. Los porcentajes de indiferencia para ambas afirmaciones son de 18 y 24% respectivamente, en tanto que los de desacuerdo corresponden al 16 y 18% respectivamente.

Un 71% manifiestan estar de acuerdo o completamente de acuerdo en que los médicos siempre están disponibles para consultarles; sin embargo un 16% señala no estar de acuerdo con la afirmación, si bien ninguno de los encuestados manifestó estar en total desacuerdo.

Con respecto a la comunicación entre turnos, el 66% de las enfermeras está de acuerdo o completamente de acuerdo en que hay comunicación efectiva entre médicos y enfermeras de diferentes turnos, mientras que 18% se muestra indiferente, 13% no está de acuerdo y el 3% restante está en total desacuerdo. Sin embargo, el 21% expresa algún grado de desacuerdo con la afirmación de que los médicos están bien informados sobre otros turnos. Y un 32% expresa indiferencia al respecto.

Como puede verse en términos de entendimiento y efectividad en la comunicación, los resultados sugieren que hay menos entendimiento de los médicos en relación a lo que hace el profesional de enfermería que de enfermería con relación a lo que hace el médico. A la vez, la comunicación entre turnos parecer ser efectiva entre médicos y enfermeras pero al parecer es menor la información que tienen los médicos sobre los otros turnos.

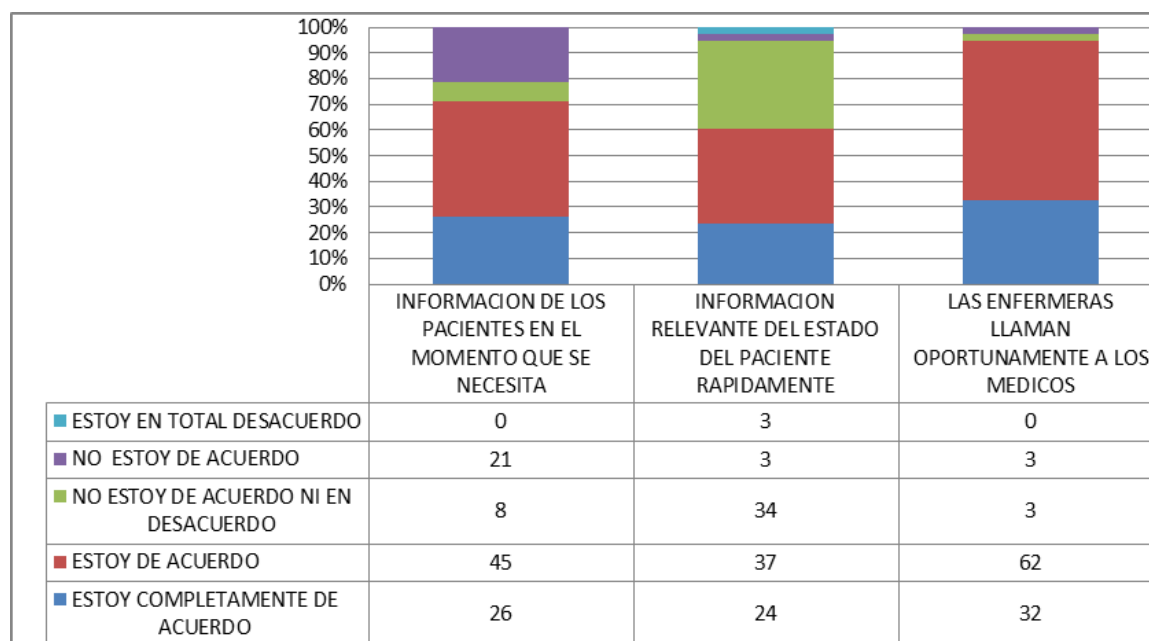
Gráfico 6. Escala comunicación. Dimensión 6. Entendimiento entre el grupo (Enfermeras-Médicos) en tres IPS Tercer Nivel Manizales.

Fuente: Encuesta de profesionales de enfermería de IPS de III nivel en Manizales

4.2.5 Factor oportunidad en la comunicación (Ítems 21, 23 y 26)

Estos tres ítems miden cómo la información que se relaciona con el estado y los cuidados del paciente es relevante y oportuna.

Gráfico 7. Escala comunicación. Dimensión 7. Comunicación oportuna entre enfermeras y médicos en tres IPS III Nivel de Manizales



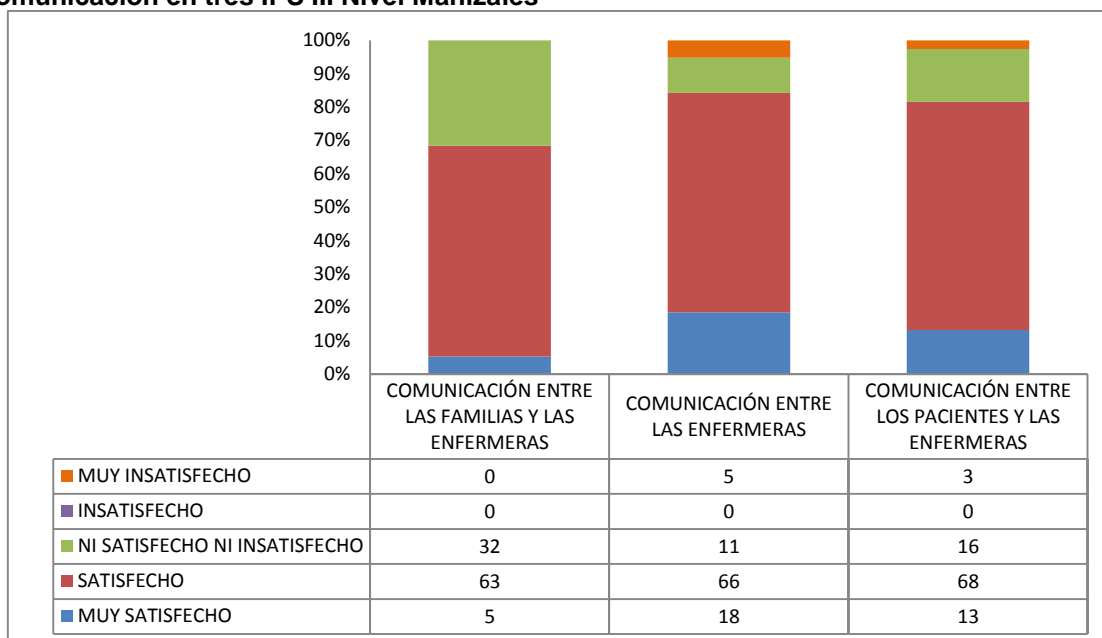
Fuente: Encuesta de profesionales de enfermería de IPS de III nivel en Manizales

Se puede observar en el gráfico de comunicación oportuna entre enfermeras y médicos que un 71% está de acuerdo o completamente de acuerdo en que la información de los pacientes en el momento que se necesita es oportuna, un 29% refiere no estar de acuerdo y el 8% restante le es indiferente; un 37% responde que están de acuerdo que hay información relevante del estado del paciente rápidamente, sin embargo porcentaje similar (34%) le es indiferente, un porcentaje menor (24%) están completamente de acuerdo y el 6% restante refiere no estar de acuerdo parcial o totalmente; 94% de las enfermeras están de acuerdo o completamente de acuerdo en que llaman oportunamente a los médicos, 3% se muestra indiferente y 3% más no está de acuerdo con la afirmación. Lo descrito con respecto a la información que se relaciona con el estado y los cuidados del paciente sugiere que es oportuna, más no hay claridad en su relevancia.

4.2.6 Factor satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación (Ítems 29, 30, y 31)

Esta dimensión describe como es de satisfactoria la comunicación entre las enfermeras y entre estas con los pacientes y sus familias.

Gráfico 8. Escala comunicación. Dimensión 8. Satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación en tres IPS III Nivel Manizales



Fuente: Encuesta de profesionales de enfermería de IPS de III nivel en Manizales

Como señala el gráfico de satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación entre enfermeras y entre estas con los pacientes, se encuentra que un 81% de ellas expresa algún grado de satisfacción con la comunicación entre pacientes y enfermeras, frente a un 16% que le resulta indiferente. Una respuesta similar se observa en la comunicación entre las enfermeras con un 84% que expresa algún grado de satisfacción frente a un 11% que le es indiferente. Con respecto a la comunicación de las enfermeras con las familias se halla que un 68% de ellas manifiestan algún grado de satisfacción frente a un 32% que se muestra indiferente. Con base en lo descrito es importante resaltar que insatisfecho y muy insatisfecho es casi nulo en los tres ítems, también es significativo el nivel de muy satisfecho en un 18% de la comunicación entre ellas y un 13% entre ellas y pacientes.

4.3 Coordinación entre enfermeras y entre los dos grupos según escala de Shortell

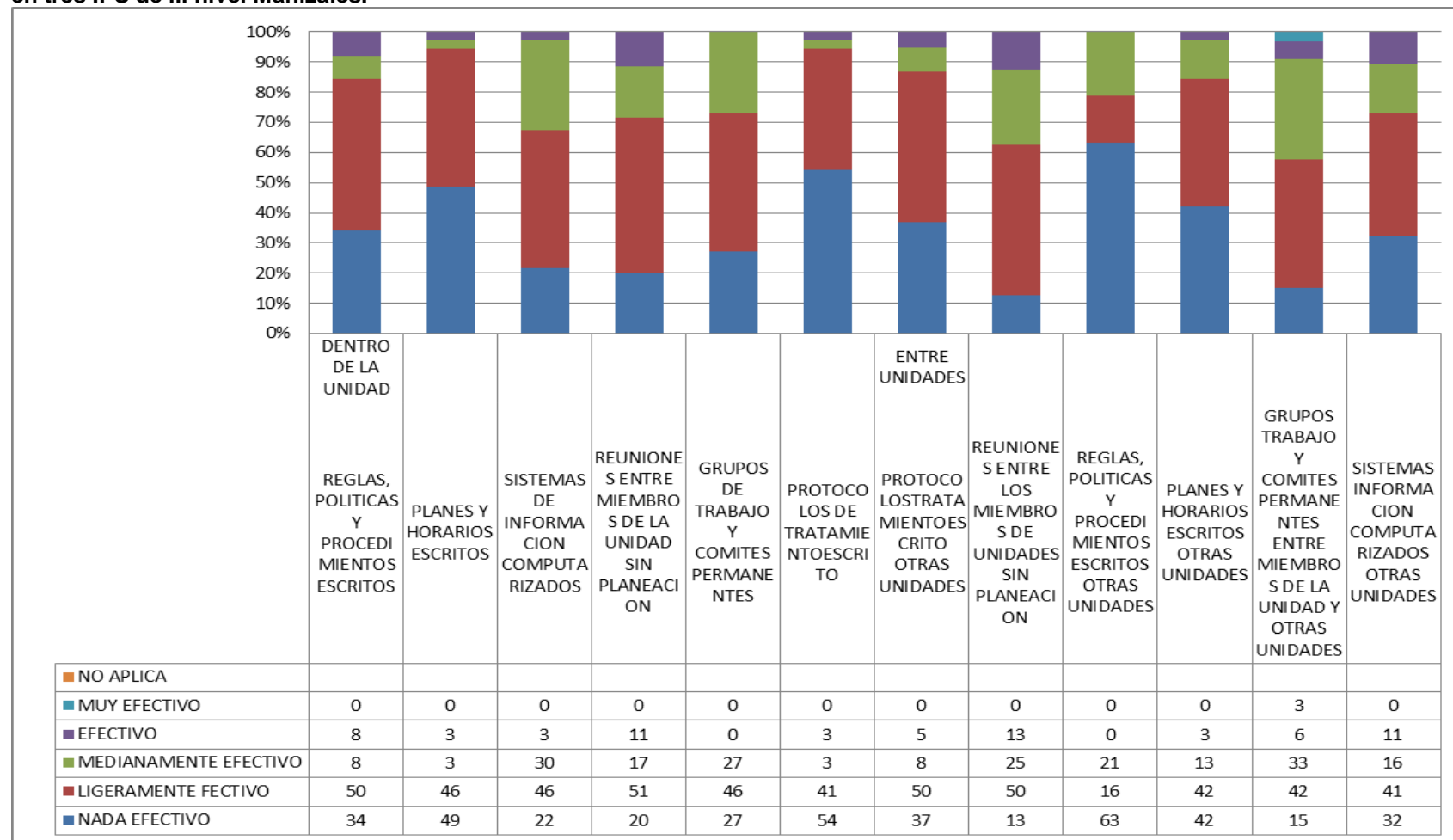
A continuación se muestran los resultados obtenidos en cada una de las cinco dimensiones que miden la coordinación mediante los 22 ítems que comprenden: planes formales y reglas dentro de la unidad y entre las unidades, mecanismos de coordinación personales e informales dentro de la unidad y entre las unidades y las relaciones de trabajo de la unidad con otras unidades.

4.3.1 Factor planes formales y reglas dentro de la unidad (Ítems 32, 33, 34, 37, 38 y 39) y entre las unidades (Ítems 41, 42, 44, 45, 47 y 49)

Estas dimensiones permiten identificar hasta qué grado las estrategias y procedimientos utilizados como mecanismos formales para coordinar las actividades de asistencia a los pacientes son efectivos tanto dentro de la unidad (dimensión 1), como entre las unidades (dimensión 2).

En el gráfico 9 se encuentran los resultados relacionados con la coordinación, que incluye las dimensiones de planes formales y reglas dentro de la unidad por una parte y entre las unidades por otra, mecanismos de coordinación personal e informal y las relaciones de trabajo de la unidad con otras unidades. En las respuestas dadas por las enfermeras dentro de la unidad se halla que consideran efectivos los mecanismos relacionados con: reuniones entre miembros de la unidad sin planeación 11%, reglas, políticas y procedimientos 8%, con igual porcentaje (3%) se halla planes y horarios escritos, sistemas de información computarizados y protocolos de tratamiento escrito, 0% grupos de trabajo y comités permanentes. Se observa que la efectividad es muy baja y es altamente significativo el ligeramente o nada efectivo que responden frente a los ítems descritos.

Con relación a estos ítems pero entre las unidades se observa comportamiento similar en efectividad pero con pequeñas diferencias como se describe. En lo que tiene que ver con las reuniones entre los miembros de las unidades sin planeación un 13%, sistemas de información 11%, grupos de trabajo y comités permanentes entre miembros de la unidad y otras unidades 6%, protocolos y tratamientos escrito 5%, planes y horarios escritos 3% terminando con 0% de efectividad en reglas, políticas y procedimientos escritos. De la misma forma que los ítems dentro de la unidad, aquí con relación a otras unidades la efectividad también es baja y es significativo el ligera o nada efectivo que responden frente a los ítems referidos.

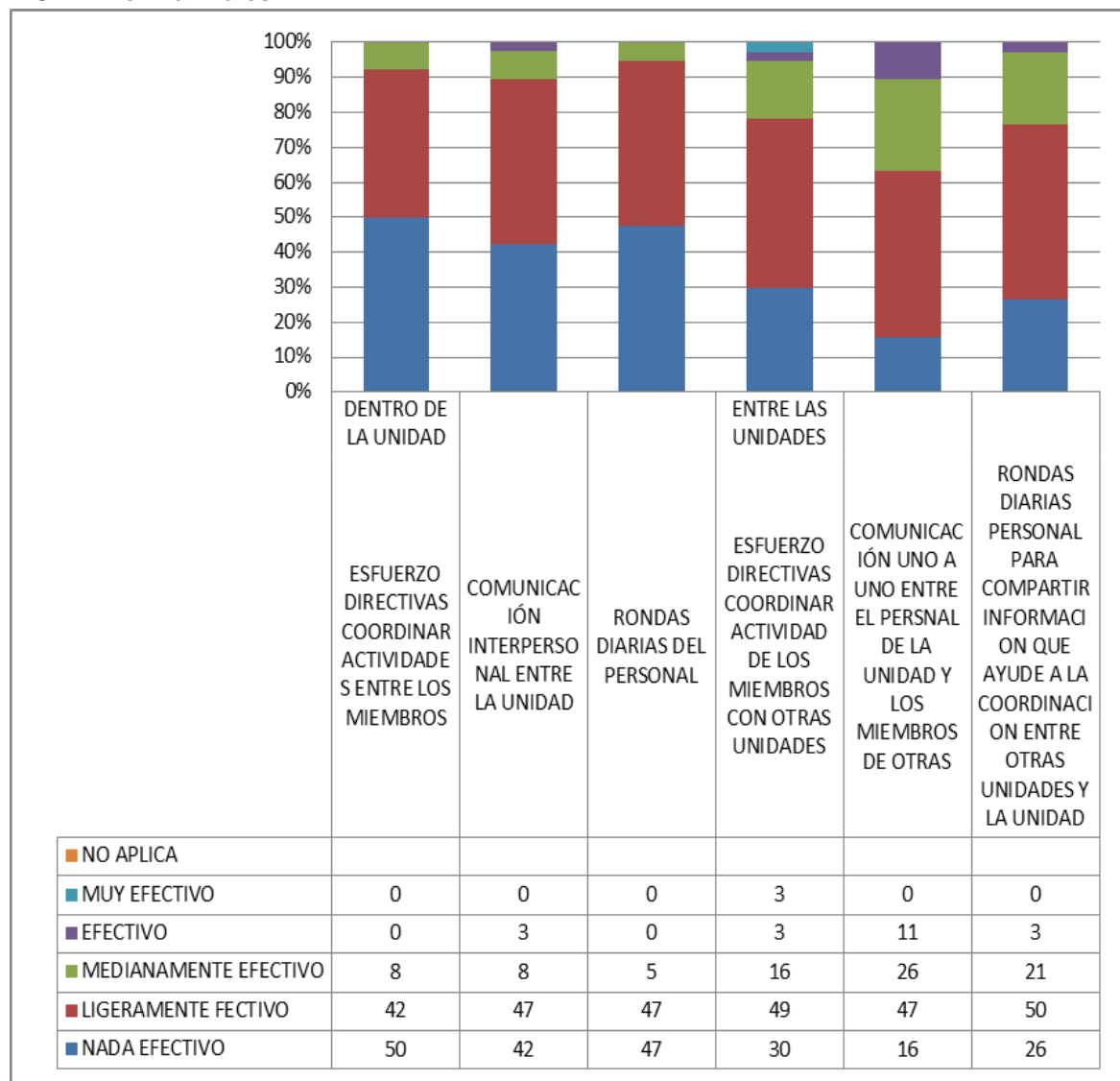
Gráfico 9. Escala coordinación. Dimensión 1 y 2. Planes formales y reglas dentro de la unidad y entre las unidades de hospitalización en tres IPS de III nivel Manizales.

Fuente: Encuesta de profesionales de enfermería de IPS de III nivel en Manizales

4.3.2 Factor mecanismos de coordinación personales e informales dentro de la unidad (Ítems 35, 36, y 40) y entre las unidades (Ítems 43, 46 y 48)

Estas dimensiones permiten identificar hasta qué grado las estrategias y procedimientos utilizados como mecanismos informales para coordinar las actividades de asistencia a los pacientes son efectivos y se miden tanto dentro de la unidad (dimensión 3) como entre las unidades (dimensión 4).

Gráfico 10. Escala Coordinación. Dimensión 3 y 4. Mecanismos de coordinación, personales e informales dentro de la unidad de hospitalización y entre las unidades en tres IPS III nivel Manizales.



Fuente: Encuesta de profesionales de enfermería de IPS de III nivel en Manizales

El gráfico 10 de mecanismos de coordinación personales e informales dentro de la unidad y entre las unidades permiten identificar grado de las estrategias y procedimientos utilizados como mecanismos informales para coordinar las actividades de asistencia a los pacientes en términos efectivos, las respuestas dadas por las enfermeras refiriéndose a lo que ocurre dentro de la unidad señalan que el ítem que en suma tuvo mayor porcentaje de respuestas de efectivo y medianamente efectivo (11%) fue la comunicación interpersonal entre las unidades, en la escala de medianamente efectivo le sigue con el 8% el esfuerzo de las directivas para coordinar actividades entre los miembros y con un porcentaje más bajo (5%) las rondas diarias del personal. Hay semejanza en un alto porcentaje al señalar como ligera y nada efectivo los tres ítems en referencia.

En razón a estos mismos ítems pero entre las unidades se encuentra resultados parecidos, las enfermeras manifiestan con calificación de efectivo y muy efectivo en suma un 11% en la comunicación uno a uno entre el personal de la unidad y otras unidades, seguido del ítem esfuerzo de las directivas para coordinar actividades de los miembros con otras unidades (6%) y con porcentaje más bajo (3%) las rondas diarias para compartir información entre las unidades. En concordancia a estos resultados es baja la efectividad y muy demostrativo lo ligeramente efectivo.

5. Discusión

Los resultados de este estudio con relación a Comunicación demuestran que en cuanto a la franqueza dentro del grupo, es fácil hablar y pedir sugerencias para un 92% de las enfermeras, mientras que hay apertura de la comunicación para el 68% de ellas; en la comunicación entre los grupos existe diferencias con resultados menos favorables. En exactitud de la información, los resultados revelan discordancias importantes entre la comunicación entre las propias enfermeras y entre las enfermeras y los médicos, demostrando que en algunas ocasiones hay necesidad de confirmar la información que se recibe.

Lo anterior constituye un riesgo para el cuidado del paciente y se puede observar que hay menos exactitud en la información entre médicos y enfermeras que al interior del equipo de enfermería; en otro estudio realizado en IPS de III nivel en la ciudad de Cartagena⁸¹, los hallazgos muestran diferencias marcadas en los diferentes servicios medidos, la exactitud es calificada en alto porcentaje como efectiva en algunos, pero en otros la mayoría de profesionales refieren que la información es incorrecta en ocasiones, hay que confirmarla y en algunas ocasiones no se entiende del todo, este último resultado se da tanto entre enfermeras como con el otro grupo.

En el factor relacionado con la comunicación dentro del grupo entre diferentes turnos afirma que en un alto porcentaje (84%) de las enfermeras recibe información que es efectiva entre los diferentes turnos, lo que apoya los resultados previos de franqueza en la comunicación, al respecto Puello⁸², encuentra resultados similares y apoya estos en la estandarización del procedimiento de entrega y recibo de turno.

Estos hallazgos podrían revelar las discrepancias que algunos estudios han mostrado en cuanto a la manera como comprenden la comunicación médicos y enfermeros. Lo que cada uno de ellos reconoce como buena comunicación dificulta que la haya.

⁸¹ PUELLO, Ortega Alexander. Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, Rol interdependiente. Cartagena, 2012.

⁸² *Ibíd.*

En cuanto al factor entendimiento entre las enfermeras y médicos, los resultados muestran que un 85% responden que comprenden bien el plan de tratamiento de los médicos y las enfermeras en un 45% no están de acuerdo en que los médicos comprenden bien los objetivos terapéuticos y el plan de cuidados de enfermería. Los resultados sugieren que hay menos entendimiento de los médicos en razón al quehacer del cuidado de enfermería. En el estudio realizado en Cartagena se encontraron resultados similares, aunque se destaca que también los profesionales refieren porcentajes de acuerdo con los ítems referidos, en cuanto a lo que respecta al entendimiento de los médicos hacia las enfermeras.

En la comunicación oportuna los resultados indican que existe un 94% de efectividad en el llamado oportuno a los médicos, el 71% recibe informe del cambio del paciente en el momento que se necesita; sin embargo el resultado es menos favorable frente a que un 61% acuerda que hay información relevante del estado del paciente rápidamente, esto indica que la información puede darse a tiempo mas no se tiene claridad en el tipo de datos que se transmite y cuan relevantes son para proporcionar los cuidados necesarios al usuario, caso contrario se encuentra en Cartagena donde se encontraron altos porcentajes de acuerdo en que la información es altamente efectiva.

En lo que respecta a la satisfacción entre las enfermeras y entre estas con los pacientes y las familias, los resultados muestran que la comunicación entre las enfermeras (84%) es similar a la que se establece entre enfermeras con el paciente 81% y entre ellas y la familia 68%. Aunque en Manizales el porcentaje es alto, se observa un resultado menos favorable en lo que respecta a la comunicación con las familias a diferencia de lo encontrado en Cartagena en donde estos tres ítems tuvieron porcentajes de acuerdo superiores a 93%.

En relación a Coordinación en este estudio se encontró dentro de la unidad porcentajes muy bajos de efectividad en cuanto a los mecanismos relacionados con: reuniones entre miembros de la unidad sin planeación 11%, reglas, políticas y procedimientos 8%, con igual porcentaje (3%), planes y horarios escritos, los sistemas de información computarizados y protocolos de tratamiento escrito, 0% grupos de trabajo y comités permanentes, distinto a lo hallado en Cartagena, donde los profesionales refieren altos porcentajes de efectividad en estos mecanismos tanto dentro de las unidades como entre ellas.

Los mismos ítems evaluados pero entre las unidades de las IPS de Manizales, se observa comportamiento similar pero con pequeñas diferencias: las reuniones entre los miembros de las unidades sin planeación un 13%, sistemas de información 11%, grupos de trabajo y comités permanentes entre miembros de la unidad y otras unidades 6%,

protocolos y tratamientos escrito 5%, planes y horarios escritos 3% terminando con 0% de efectividad en reglas, políticas y procedimientos escritos. De la misma forma que los ítems dentro de la unidad, aquí con relación a otras unidades la efectividad también es baja y es significativo el ligera o nada efectivo que responden frente a los ítems referidos. En cuanto a los mecanismos informales para coordinar actividades de asistencia a los pacientes dentro de la unidad, el personal califica como efectivo el 11% la comunicación interpersonal entre las unidades, en la escala de medianamente efectivo le sigue con el 8% el esfuerzo de las directivas para coordinar actividades entre los miembros y con un porcentaje más bajo (5%) las rondas diarias del personal. Hay semejanza en un alto porcentaje al señalar como ligera o nada efectivo los tres ítems en referencia. De igual manera se observa el comportamiento en la evaluación de los ítems entre las unidades. El 11% de los profesionales califican efectivamente la comunicación uno a uno entre el personal de la unidad y otras unidades, un 6% el esfuerzo de las directivas para coordinar actividades de los miembros con otras unidades y con porcentaje más bajo (3%) las rondas diarias para compartir información entre las unidades.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

Los resultados de este estudio mostraron diferencias en la efectividad del Rol interdependiente de enfermería con el equipo de salud dentro y fuera de la unidad.

La Comunicación en sus diferentes criterios muestra efectividad en casi la totalidad de sus factores, sin embargo en exactitud de la información hay debilidad entre el equipo de enfermería dentro y fuera de la unidad y más marcado entre el equipo de enfermería y los médicos.

Las discrepancias en la manera en que se comprende la comunicación tienen especial relevancia en el menor entendimiento del médico en razón del quehacer del cuidado de enfermería, lo cual puede influir directamente en la coordinación de los planes terapéuticos necesarios para la evolución satisfactoria del paciente.

Se encuentra que hay oportunidad en la información, más la efectividad en cuanto a la relevancia de esa información y lo que aporta para los cuidados necesarios del paciente es baja.

Los resultados son altos en la escala de efectividad con respecto a la satisfacción de la comunicación entre enfermeras y los pacientes más no se observa con las familias, lo que puede denotar falta de inclusión de los cuidadores en el tratamiento intrahospitalario de los pacientes.

En Coordinación la efectividad es variable y porcentualmente muy baja en los criterios de planes formales, mecanismos de coordinación personal e informal y relaciones de trabajo, lo cual sugiere que la debilidad de la comunicación se refleja en las actividades de coordinación.

6.2 Recomendaciones

Con base en las conclusiones este estudio recomienda:

Las instituciones deben propender por evaluar las estrategias que utilizan como mecanismos de coordinación, sobre todo la efectividad de reglas, políticas y procedimientos en tanto que estos orientan la manera como el equipo de salud se comunica y se coordina.

En cuanto a la comunicación se sugiere a las IPS generar opciones de mejora que fortalezcan el trabajo en equipo con el fin de que haya conocimiento sobre la importancia de los aportes de cada miembro en la generación de cuidados con calidad.

Fortalecer en la academia la transversalidad del logro en competencias comunicativas, de trabajo en equipo y liderazgo efectivo en el profesional de enfermería es un reto ineludible. Si, como se espera desde el diseño del sistema de Acreditación, los profesionales deben trabajar con el enfoque de procesos, esto exigirá habilidades de comunicación y coordinación que deben desarrollarse desde la formación. El trabajo con médicos y otros profesionales en el escenario de la gestión por procesos, en el que el trabajo en equipo, más que la suma de individualidades, es lo que se reconoce como más favorable para resultados positivos en el paciente, implica estas habilidades como indispensables.

Continuar con otros estudios que midan la Comunicación y la Coordinación en el rol interdependiente de enfermería es otro desafío para la academia.

Generar otras actividades complementarias a las propuestas en las Escalas de Comunicación y Coordinación que visibilicen en mayor grado la eficiencia, la eficacia y la efectividad en el rol interdependiente de enfermería.

Anexo A: Presupuesto

CONCEPTOS	CANTIDAD	COSTOS
Horas Investigador	160	2.400.000
Horas Enfermera de apoyo para recolección de datos	50	750.000
Horas Asesorías director de tesis	80	2.400.000
Horas Asesoría estadístico	40	1.200.000
Horas asesor para construcción de la matriz de datos ACCES y SPSS	40	1.000.000
Computador e impresora Depreciación de los equipos (vida útil 3 años)		710.000
Gastos de Papelería y varios Papel Impresión de artículos, cuestionarios, consentimientos informados y tesis; lápices, borradores, tablas, fotocopias		210.000
Compra de cartuchos originales y 4 Recargas de cartuchos para impresión		180.000
Empastado Trabajo de investigación		20.000
TOTAL		8.870.000

El proyecto es financiado en su totalidad con recursos de la investigadora.

Anexo B: Instrumento de Aplicación Validado

El instrumento original diseñado por Shortell y Cols, se denomina:

Instrumento ICU (Nursing Physician Questionnaire) médico – enfermera, escalas de comunicación y coordinación

CUESTIONARIO DE PRÁCTICA COLABORATIVA UCI MEDICO- ENFERMERA DE

SHORTELL Y COLS ESCALA DE COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN

Fecha:	Día		Mes		Año		Código:	
Nombre de la Institución:					Servicio:			
Edad:		Años		Género:		Masculino		Femenino
Tiempo de permanencia en la Institución:						Años	y	Meses
Tiempo de permanencia en la unidad o servicio:						Años	y	Meses
Tiempo de trabajo semanal:					Días		Horas	
Nivel educativo:			Universitario		Especialización			Maestría
Otro:		Cuál:						

PRIMERA PARTE

A. RELACIONES DE TRABAJO Y COMUNICACIÓN DENTRO DE LA UNIDAD

A. 1 RELACIONES LABORALES DE LAS ENFERMERAS

Para cada una de las siguientes afirmaciones, marque con una X el número de la respuesta que mejor refleje su opinión, según el siguiente criterio:

1. Estoy en total desacuerdo. 2. No estoy de acuerdo 3. Ni estoy de acuerdo ni estoy en desacuerdo
4. Estoy de Acuerdo 5. Estoy completamente de acuerdo

1. Es fácil para mí hablar abiertamente con las enfermeras de esta unidad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

2. Me acuerdo que en más de una ocasión he recibido Información incorrecta de las enfermeras de esta unidad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

3. Existe comunicación efectiva entre enfermeras que trabajan en distintos turnos:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

4. La comunicación entre las enfermeras en esta unidad es muy abierta:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

5. Con frecuencia me es necesario confirmar la exactitud de la información que he recibido de las enfermeras de esta unidad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

6. Me resulta agradable hablar con otras enfermeras de esta unidad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

7. Las enfermeras de esta unidad están bien informadas sobre lo que ocurre en otros turnos:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

8. La exactitud de la información transmitida entre las enfermeras de esta unidad, deja mucho que desear:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

9. Es fácil pedirle sugerencias a las enfermeras de esta Unidad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

10. Me parece que ciertas enfermeras de la unidad no entienden del todo la información que reciben:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

11. Me es grato trabajar con los médicos de esta unidad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

12. Es fácil para mí hablar abiertamente con los Médicos de esta unidad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

13. Me acuerdo que en más de una ocasión he recibido información incorrecta de los médicos de esta unidad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

14. Existe comunicación efectiva entre los médicos y las enfermeras que trabajan en los distintos turnos:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

15. La comunicación entre las enfermeras y los médicos en esta unidad es muy abierta:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

16. Con frecuencia me es necesario confirmar la exactitud de la información que recibí de los médicos de esta unidad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

17. Me resulta agradable hablar con los médicos de esta unidad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

18. Los médicos de esta unidad están bien informados sobre lo que ocurre en otros turnos:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

19. Es fácil pedirle sugerencias a los médicos de esta unidad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

20. Algunos médicos de esta unidad no entienden del todo la información que reciben:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

21. Obtengo información sobre el estado de los pacientes en el momento en que lo necesito:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

22. Los médicos siempre están disponibles para consultarles:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

23. Cuando cambia el estado de un paciente determinado, obtengo información relevante rápidamente:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

24. Las enfermeras comprenden bien los objetivos terapéuticos de los médicos:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

25. Los médicos entienden bien los objetivos terapéuticos de las enfermeras:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

26. En asuntos relacionados con el cuidado de los pacientes, las enfermeras llaman a los médicos oportunamente:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

27. Las enfermeras comprenden bien los planes de tratamiento de los médicos:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

28. Los médicos entienden muy bien los planes de tratamiento de las enfermeras:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

A. 2 COMUNICACIÓN EN LA UNIDAD

Para cada una de las siguientes afirmaciones, marque con una **X** el número de la respuesta que mejor refleje su opinión, según el siguiente criterio:

- | | | |
|---------------------|-------------------|--|
| 1. Muy insatisfecho | 2. Insatisfecho | 3. Ni estoy satisfecho ni insatisfecho |
| 4. Satisfecho | 5. Muy satisfecho | |

29. Comunicación entre las familias de los pacientes y las enfermeras:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

30. Comunicación entre las enfermeras:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

31. Comunicación entre los pacientes y las enfermeras:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____

SEGUNDA PARTE**B. MECANISMOS DE COORDINACIÓN****B1. MECANISMOS DE COORDINACIÓN DENTRO DE LA UNIDAD**

Se pueden emplear varias estrategias y procedimientos para coordinar las actividades de asistencia a los pacientes dentro de una unidad o servicio.

En su unidad o servicio, en qué medida cada uno de los mecanismos incluidos en la lista de abajo contribuye efectivamente en la coordinación de las actividades del personal con la calidad de asistencia que se les presta a los pacientes?.

Para cada una de las siguientes afirmaciones, marque con una **X** el número de la respuesta que mejor refleje su opinión, según el siguiente criterio:

1. Nada efectivo	2. Ligeramente efectivo	3. Medianamente efectivo
4. Efectivo	5. Muy efectivo	8. No se aplica (no se usa acá)

32. Reglas, políticas y procedimientos por escrito:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

33. Planes y horarios por escrito:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

34. Sistemas de información computarizados:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

35. Iniciativa o esfuerzos de las directivas de la unidad para coordinar las actividades de los miembros:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

36. Comunicación interpersonal entre el personal de la unidad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

37. Reuniones realizadas entre los miembros de la unidad en un momento dado con un fin determinado sin previa planeación:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

38. Grupos de trabajo y comités permanentes:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

39. Protocolos de tratamiento escrito:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

40. Rondas diarias del Personal:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

B2. MECANISMOS DE COORDINACIÓN ENTRE LA UNIDAD Y OTRAS UNIDADES

Varias estrategias y procedimientos pueden también ser usados para coordinar las actividades del cuidado del paciente entre su unidad o servicio y otras unidades de la Institución (Por ejemplo, quirófanos, urgencias, medicina general, pisos quirúrgicos, laboratorio, terapia respiratoria, etc.).

En su unidad o servicio en qué medida cada uno de los mecanismos incluidos en la lista de abajo contribuye efectivamente a la coordinación de las actividades de su unidad con otras unidades de la Institución?

Para cada una de las siguientes afirmaciones, marque con una **X** el número de la respuesta que mejor refleje su opinión, según el siguiente criterio:

- | | | |
|------------------|-------------------------|---------------------------------|
| 1. Nada efectivo | 2. Ligeramente efectivo | 3. Medianamente efectivo |
| 4. Efectivo | 5. Muy efectivo | 8. No se aplica (no se usa acá) |

41. Protocolos de tratamiento por escrito:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

42. Reuniones realizadas entre los miembros de la unidad y de otras unidades en un momento dado con un fin determinado sin previa planeación:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

43. Iniciativa o Esfuerzos de las directivas de la unidad para coordinar las actividades del personal de la unidad con otras unidades:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

44. Reglas, políticas y protocolos por escrito:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

45. Planes y horarios escritos:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

46. Comunicación de uno a uno entre el personal de la unidad y los miembros de otras unidades:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

47. Grupos de trabajo y comités permanentes que involucran a los miembros de la unidad y de otras unidades:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

48. Rondas del personal a diario con el fin de compartir la información que ayuda a asegurar la coordinación entre otras unidades y la unidad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

49. Sistemas de información computarizados:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

B.3 Utilizando el mismo criterio anterior, califique las siguientes afirmaciones que tienen en cuenta hasta qué punto las relaciones con otras unidades o servicios de la Institución facilitan el desempeño de la unidad.

50. Nuestra unidad mantiene relaciones de trabajo constructivas con otros grupos en la Institución:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

51. Nuestra unidad no recibe la cooperación que necesita de otras unidades de la Institución:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

52. Otras unidades de la Institución parecen tener mala opinión de nosotros:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

53. Relaciones laborales inadecuadas con otras unidades limitan nuestra efectividad:

1.____ 2.____ 3.____ 4.____ 5.____ 8.____

Anexo C: Consentimiento Informado

Con el objetivo de determinar cómo es la comunicación y coordinación de las enfermeras entre sí y con otros miembros del equipo de atención en salud, la suscrita SANDRA YOLIMA GOMEZ, estudiante de la Maestría de Enfermería con énfasis en Gerencia, de la Universidad Nacional de Colombia, se ha propuesto realizar un estudio de investigación en las unidades de hospitalización de Instituciones privadas de tercer nivel de atención de la ciudad de Manizales, y para ello se aplicará a todas las enfermeras que deseen participar, un instrumento tipo cuestionario que mide estas características.

El instrumento ya ha sido aplicado en otros países y validado en Colombia con enfermeras de otra ciudad. El estudio no representa riesgo alguno para el personal participante, por cuanto el manejo de la información será global y no por instituciones, así como confidencial, por lo cual no se pedirá colocar su nombre, como tampoco firmar el cuestionario.

Su participación es voluntaria y habiendo aceptado participar, puede retirarse en el momento en que lo considere necesario. Se garantiza confidencialidad en la información por usted suministrada, la cual será exclusivamente de uso académico y que con ella se contribuirá a aumentar la evidencia científica en la disciplina de Enfermería, incentivo principal que se obtiene en dicha participación.

De ser positiva su respuesta, usted podrá diligenciar el cuestionario en el lugar acordado con la investigadora y utilizando el tiempo que requiera, que puede ser en promedio de 20-30 minutos. Para constancia firma éste consentimiento que solamente será conocido por la investigadora y no será dado a conocer a nadie.

FIRMA PARTICIPANTE

SANDRA YOLIMA GOMEZ OTALVARO

Investigadora

Estudiante de la Maestría en Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Tel: [3117978250](tel:3117978250)

E mail: yolimag2002@hotmail.com, Yolimag2002@yahoo.es

Anexo E: Autorización autores del instrumento original



UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY

Stephen M. Shortell, Ph.D.
Dean and Blue Cross of California Distinguished
Professor of Health Policy and Management

417E University Hall (office)
50 University Hall (mail)
Berkeley, California 94720-7360
510 643-2082 Fax 510 643-5056
Email: shortell@berkeley.edu

School of Public Health 

November 15, 2010

Sandra Yolima Gomez
Nurse
Student University of Colombia
Email: yolimag2002@yahoo.es

Dear Sandra:

I am writing in response to your recent request for permission to use our ICU nurse-physician questionnaire. This letter should serve as formal indication that you have our permission to use the questionnaire as long as it is cited in any publications and written materials that may result from your research. The proper citation for use is: "Excerpted from The Organization and Management of Intensive Care Units. Copyright 1989, Shortell and Rousseau." I would like to emphasize that **permission does not extend to either Section II (The Workplace and Facilities) or Section III (The Organization Culture) of the original full-length questionnaire that are under control of Human Synergistics and require written permission from Human Synergistics (these sections are not in the short version).** You may adapt any of the other questions in the questionnaire as necessary for your purposes. Additional information regarding the ICU project and related materials is available at <http://shortellresearch.berkeley.edu/ICU.htm>. If you have any questions, please contact Robin Gillies, ICU Project Director, at 510/643-8063 or gillies@berkeley.edu.

We would be very interested in learning of the results (a summary only) of your research. Our best wishes in your work.

Bucaramanga, Noviembre 16 2010

ENFERMERA
SANDRA YOLIMA GOMEZ OTALVARO
Aspirante a Magister en enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Reciba un cordial saludo.

Con relación a su petición me permito autorizar el uso de las escalas de Comunicación y Coordinación del instrumento ICU enfermera-médico diseñado por Shortell y Colaboradores, el cual fue traducido y validado en la ciudad de Bucaramanga en un gran número de enfermeras de la parte asistencial.

Atentamente,


DORA INES PARRA
C.C 37934578

Bibliografía

ANDERSON, Mary Ann y HELMS, Lelia. An Assessment of Discharge Planning Models: Communication in Referrals for Home Care. En: Orthopaedic Nursing. Vol. 12. No.4. (1994); p. 41-49.

BARREIRA, Luis. La Comunicación en la Administración empresarial. En: Revista Espacio Vol. 2. (2000); p. 1-12.

BYERS, Jacqueline y BROUNI, Mary Lou. Demonstrating the Value of the Advanced Practice Nurse: An Evaluation Model. En: AACN Advanced Critical Care. Vol. 9. No.2. (1998)

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430. Octubre 4 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 266 de 1966. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Capítulo I. Artículo 2. Publicado en el Diario Oficial No. 42.710, de 5 de febrero de 1966.

CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la Teoría de la Administración. Séptima edición. Mc Graw Hill. México (2007); p. 100.

DIETRICH, L. Collaborations Partnerships. En: Nursing administration Quarterly. Vol. 34. No.1.(2010); p. 49-55

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care Milbank Mem Fund Q 1966; 44: 166-203. En: Calidad Asistencial. Vol. 16. Suplemento No. 1. (2001). S11.

DONABEDIAN, Avedis. La investigación sobre la calidad de la atención médica. Salud Pública Mex 1986;28:324-7. En: Calidad Asistencial. Vol. 16. Suplemento No. 1. (2001). S64.

DONABEDIAN Avedis. The quality of care: How can it be assessed? En: Archí Pathol Lab Med. Vol. 266. No.12. (1997).

DOUGHERTY. Mary. The Nurse Collaboration Scale. En: The Journal Nurse Administration. Vol. 40. No. 1. (2010); p. 17-25.

DOUGHERTY, et al. A review of instruments measuring Nurse-Physician collaboration. En: JONA. Vol. 35, No 5 (2005); p. 244-253.

FERNANDEZ, Julia. 4to Congreso de administración pública, sociedad , gobierno y administración. Internet. Disponible en:
www.asociacionag.org.ar/pdfcap/4/Fernández,%20E.%20Julia.doc Citado agosto de 2011

GALLEGO, Esther. Evaluemos la Práctica Social de la Enfermería. En: Investigación y educación en enfermería. Vol. XXIV, No. 2.(2006); p. 13-14.

NUÑEZ T., et al. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. En: Gac. Sanit. Vol. 20. No 6 (2006); p. 485-495.

GUARIN Gladis, et al. El mundo de la enfermera: “uno aquí no se sienta”. Contexto de los cuidados. En: Invest Educ Enferm. Vol. 27. No 2. (2009); p. 226-234.

HUBBER, Diane. Liderazgo y Administración en Enfermería. Mc Grw Hill. México (1999); p. 324-325

IRVINE, Diane; SIDANI, Souraya; MCGILLS HALL, Linda. Linking outcomes to Nurses' roles in Health care. En: Nursing Economics. Vol. 16. N° 2 (1998); p.58.

LAWRENCE, S. Interprofessional collaboration in the ICU: How to define?. En: Nurse Critical Care. Vol. 16. No.1. (2011); p.5-10.

LONGEST B. y KLINGERSMITH J. Coordination and communication. Health Care Management: Organizational Design and Behavior, Delmar, New York, 1194, p. 182-211.

LOPEZ A. Gloria., Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. En: Investigación y Educación en enfermería. Vol. 28. No 1. (2010); p. 43-53.

MANOJLOVICH, M. Linking the practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician communication. Health Policy and Systems. En: Journal of Nursing Scholarship. Fourth Quarter. Vol. 37, No 4 (2005); Health & Medical Complete; p. 369.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Madrid .2010.

MARK, B. A., & BURLESON, D.L. Measurement of patient outcomes, data availability and consistency across hospitals. En: Journal of Nursing Administration. Vol. 25. No 4 (1995).

PARRA, D., ARANGO, G. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol interdependiente de Enfermería. [on line] av.enferm. XXVIII (1):51-62,2010. Disponible en internet:
http://www.enfermeria.unal.edu.co/revis/articulos/xxviii1_6.pdf

PAIVA, María Cristina y PAIVA, Sergio Alberto. Eventos Adversos: Análisis de un instrumento de notificación utilizado en la administración de la enfermería. En: Esc. Enferm. USP. Vol. 44. No. 2 (2010); p. 287-294.

PUELLO, Ortega Alexander. Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, Rol interdependiente. Cartagena, 2012.

SHORTELL, S.M., et al. The performance of intensive care units: ¿Does good management make a differences?. En: Medical Care. Vol. 32. No 5 (1994); p. 508-525.

SHORTELL, S.M. et al. Organizational assessment in intensive care units (ICUs): Construct development, reliability, and validity of the ICU nurse physician questionnaire. En: Medical Care. Vol. 29. No 8 (1991); p. 709-726.

SIDANI, Souraya y IRVINE, Doran. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. En: Journal of advance Nursing. Vol. 38. No.1. (2002); p. 29-39.

SIDANI, Souraya y IRVINE, Doran. A theory-driven approach to evaluating quality of nursing care. En: Journal of Nursing Scholarship. First Quarter. Vol. 36. No 1. (2004); p. 60-65.

SIDANI, Souraya y PORTER, H. Outcomes of Nurse Practitioner in Acute Care: An Exploration. En: Journal Advance Nursing Practice. Vol. 28. No.1. (2006)

SIDANI, Souraya; IRVINE, Doran. A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings. En: Journal of Advanced Nursing. Vol. 30. No.1. (1991); p. 58-66

SIDANI, Souraya y IRVINE, Doran. Relationships Between Processes and Outcomes of Nurse Practitioners in Acute Care. An Exploration. En: Journal of Nursing Care Quality. Vol 25. No.1. (2010); p. 31-38

SIDANI, Souraya y DORAN, Diane. Processes of Care: Comparison between Nurse Practitioners and Physician Residents in Acute Care. En: CJNL. Vol.19. No. 1. (2006); p. 69-85

SOURAN, Van y H, Mary. Success Indicators and Barriers to Acute Nurse Practitioner Role Implementation in Four Ontario Hospitals. AACN. Vol. 12. No. 3. (2001); p. 424-437.

SPENCE, Heather y HILLIS, Mcgillis. A Psychometric Analysis of the Patient Satisfaction With Nursing Care Quality Questionnaire An Actionable Approach to Measuring Patient Satisfaction. En: Journal of Nursing Care Quality. Vol 20. No.3. (2010); p. 220-230

VAZIRINI Sandra. Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. En: American Journal Critical off Care. Vol.14. No 1. (2005); p. 71-77.

VILLAREAL ELIZABETH. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. En: Salud Uninorte. Vol. 23. No. 1 (2007); p. 112-119

POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación científica en las ciencias de la Salud. México. 5 edición. 2007. p. 715.

WAGNER, Doreen. Errores en el Pabellón Quirúrgico: Cambiando la Práctica Peri operatoria. En: Medwave. Año. 7. No. 5 (2007).

ZULAUF, C.A. Systems thinking. American Society for Training and Development, Mar. 1997. p. 1-16.